Good Clinical Practice in de herkenning en behandeling van ADHD bij (jong)volwassenen met verslavingsproblemen

Bijlagen

Forum verslavingsgeneeskunde



VERENIGING VOOR
ALCOHOL- EN ANDERE
DRUGPROBLEMEN vzw

Inhoudstafel

Bijlage 1	Items voor literatuuronderzoek
Bijlage 2	Onderwerpen en vragen focusgroepen
Bijlage 3	Ontwikkeling van Good Clinical Practice in de herkenning en behandeling van ADHD bij (jong)volwassenen met verslavingsproblemen. Richtlijnen voor de klinische praktijk. Samenvatting: conclusies en aanbevelingen
Bijlage 4	ADHD en Verslaving: beslissingsboom
Bijlage 5	Inlichtingenformulier & Informed consent
Bijlage 6	Registratieformulier
Bijlage 7	Adult Self-Report Scale (ASRS) - versie 1.1
Bijlage 8	Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-V1.1) Symptom Checklist Instructies
Bijlage 9	Zelf-rapportage vragenlijst over aandachtsproblemen en hyperactiviteit voor volwassenheid en kindertijd
Bijlage 10	Diagnostisch Interview voor ADHD bij volwassenen (DIVA)
Bijlage 11	Wender Utah Rating Scale for the Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Bijlage 1: items voor literatuuronderzoek

BIJLAGE 1: ITEMS VOOR LITERATUURONDERZOEK

- **Prevalentie van ADHD bij verslaving**
  - *Onderschatting* en *overschatting*
    - *onderzoeker*gebonden factoren
      - niet vertrouwd
      - Niet-passend in therapeutische principes
      - overschatting bij wie er veel mee bezig is
    - *patiënt*gebonden factoren
      - attitude: gretig naar medicatie of aversie vanuit jeugdervaringen
      - klinisch beeld vertroebeld door symptomen door gebruik, onthouding of craving
      - traumatische voorgeschiedenis maakt dd moeilijk
      - geslacht-, leeftijd- en settingspecifiek
      - comorbiditeit
  - Welk *type* het meest bij verslaafden?
  - Meer ADHD bij amfetamine- en cocaïnegebruikers? *soort drug*

- **Screening naar ADHD bij verslaafden**
  - Is *systematisch* screenen aangewezen?
  - Moet de patiënt *abstinent zijn* voor screening en *hoe lang*?
  - Met *welk instrument* het beste screenen?
  - Zijn de *instrumenten aangepast* aan de verslaafde patiënt
  - *Bij wie uitgebreidere diagnostiek*?

- **Diagnose van ADHD bij verslaafden**
  - Criteria:
    - Is *abstinentie noodzakelijk*? *Hoe lang*? *Verschil volgens soort drug?*
    - Wat is *haalbaar* in een residentiële setting en wat in een ambulante?
  - Diagnostisch onderzoek:
    - *Welke instrumenten*; *aanpassing nodig*? *Wanneer aanbieden*?
    - *Heteroanamnese:* moeilijker bij deze groep; wat met de *leeftijdsgrens* van zeven jaar? Wat met *ADD*? *Welke informanten*; welke *documenten*?
    - *observatie*: systematische lijsten?
    - Nut van *neuropsychologische testing*? *Wanneer afnemen*? *Overlap executieve problemen door verslaving en door ADHD.*
    - Nut van *medische beeldvorming*?
    - tegenevidentie
  - Persoonsgebonden factoren:
    - *cultuurverschillen*
    - meer *comorbiditeiten* en welke + wat ligt hieraan ten grondslag (bv. coping)?

- **Behandeling**
  - Behandeldoelen:
    - naar *herstel* of naar *schadebeperking* of *disfunctie verbeteren*
    - *tussendoelen:*
      - *inzicht* krijgen in effect van eigen gedrag op anderen
      - inzicht krijgen in de chroniciteit van de aandoening
      - *rouwproces* bij besef van diagnose
      - *vatbaar maken voor therapie* bv. met medicatie

- Behandelopties:
    - *volgorde van de behandelingen*
    - *verloop van de behandeling: continu, episodisch? Opvolging?*
    - *familie/omgeving* betrekken?
    - *Hoe motivatie vergroten?*
    - Niet-medicamenteuze behandeling:
        - *psychosociale behandeling* is zeer *parallel met die van verslaving*
        - *belang en inhoud van psycho-educatie (ook naar omgeving toe)*
        - nut van i*nformatie* (brochures, videomateriaal?
        - *werkgeheugentraining* werkt bij kinderen; wat bij volwassenen?
        - *groeps- of individuele* behandeling?
        - *lotgenotencontact*?
    - Medicamenteuze behandeling
        - *Wanneer medicamenteuze behandeling opstarten?*
            - afhankelijk van *setting*
            - afhankelijk van *motivatie en gedrag* van de patiënt
            - *abstinent* en hoe lang?
        - *Welke medicatie*
            - kort of langwerkend
            - opwekkend of niet opwekkend middel
            - alternatieven
            - probleem van de *prijs*?
            - *interacties*?
        - *Continu medicatie of in functie van activiteiten*?
        - *Misbruik*: verkopen, doorgeven, gebruiken als *prestatiemiddel.*
        - *ADHD-medicatie bij opiaatsubstitutie*?
- Behandeldoel en –wijze wordt *in overleg met de patiënt bepaald (voor- en nadelen)*
- Hinderpalen: zoals bij alle comorbiditeit raken *verslaafden niet in de reguliere hulpverlening*

Bijlage 2: onderwerpen en vragen

BIJLAGE 2: ONDERWERPEN EN VRAGEN FOCUSGROEPEN

Focusgroep 1: Algemene aspecten bij de diagnose en behandeling van ADHD bij jongvolwassenen met een verslavingsproblematiek

INTRODUCTIE

✓ Heeft u binnen uw patiëntenpopulatie te maken met ADHD? Indien ja, in welke mate (algemene prevalentie-indicatie)?
  - Beschikt u over voldoende informatie(bronnen) om adequaat met de problematiek van ADHD en verslaving om te gaan?

DIAGNOSE

✓ Op welke knelpunten stuit u bij het stellen van de juiste diagnose?
✓ Is er volgens u sprake van een globale onder- of overschatting van het probleem ADHD in combinatie met verslaving?
  - Welke elementen/opvattingen liggen volgens u aan de basis van deze onder- of overschatting?

BEHANDELING

✓ Is ADHD behandelbaar bij middelenafhankelijkheid? Waarom wel/niet?
✓ Wat zijn uw algemene ervaringen met niet-medicamenteuze (lees: psychosociale/psychotherapeutische) behandelopties?
  - aanbod?
  - kwaliteit?

COMPETENTIES

✓ Heeft u enige vorm van bijscholing genoten met betrekking tot deze specifieke problematiek?
✓ Hebben uw collega's algemeen gesproken voldoende oog voor de problematiek?
✓ Welke professionele actoren zijn belangrijk bij de diagnose en behandeling van ADHD bij jongvolwassenen met een verslavingsproblematiek? (vraag opgenomen met het oog op samenstelling volgende focusgroepen)
✓ Ervaart u binnen uw team voldoende openheid ten aanzien van de problematiek?

RICHTLIJNONTWIKKELING

✓ Dienen patiënten betrokken te worden bij het opstellen van de richtlijnen en welke meerwaarde zou dit bieden?
✓ Welke vragen of onduidelijkheden met betrekking tot de problematiek van ADHD en verslaving zou u graag beantwoord weten?

Focusgroep 2: De *diagnose* van ADHD bij (jong)volwassenen met een verslavingsproblematiek

Aandachtspunten m.b.t. diagnose uit focusgroep 1:

- Diagnose stellen bij middelengebruik:
  - diagnose in latere fase stellen?
  - onmogelijk diagnose te stellen?
  - Wat is goed moment? Hoe lang moet men abstinent zijn? (6 weken?)



- Differentiaaldiagnose is belangrijk. Hoe te werk gaan?
- (Hetero-)anamnese: belang, haalbaarheid, ...
- Screening

Onderwerpen Focusgroep 2 en bijhorende vragen

- Screening:
  - Welke screeningsinstrumenten kunnen gebruikt worden?
  - Is abstinentie aangewezen alvorens aan de screening te beginnen?
  - Hoe verloopt deze screening en gebeurt dit systematisch op deze manier?
  - Wie doet de screening?
  - Hoe zou de screening idealiter verlopen?
  - Bij welk screeningsresultaat wordt uitgebreider diagnostisch onderzoek aangevat?
  - Is abstinentie vereist alvorens verder te gaan naar de diagnose? Hoe lang?

- Diagnostische criteria:
  - Aan welke voorwaarden (criteria) moet voldaan worden om de diagnose ADHD te kunnen stellen?
    - Hoe kunnen deze criteria geoperationaliseerd worden?
    - Eén- of meermalige diagnose nodig?
  - Welke onderzoeken zijn nodig voor een goede diagnostiek (heteroanamnese, observatie, neuropsychologisch onderzoek, ...)?
    - Is dit (steeds) haalbaar (cfr. heteroanamnese)?
    - Hoe uitgebreid moeten elk van deze onderzoeken zijn en is dit anders bij niet-verslaafden?
    - Hoe info uit kindertijd vergaren (autoanamnese, heteroanamnese, ...)?
  - Differentiaaldiagnostiek: Hoe stel je comorbiditeit vast?

- Patiëntenpopulatie:
  - Welke specifieke groepen zijn binnen de patiëntenpopulatie te onderscheiden en stelt dat specifieke eisen aan de diagnostiek? Andere diagnostische criteria vereist?
    - Geslachtsspecifieke kenmerken?
    - Leeftijdsspecifieke kenmerken?
    - Cultuurspecifieke kenmerken?
    - Settingspecifieke kenmerken (residentieel/ambulant)?
      - Hoe kan de diagnostiek aangepast worden aan de setting?
      - Wat zou een goede procedure zijn toepasbaar voor iedere setting?
- Problemen en moeilijkheden:
  - Op welke problemen botst u bij de diagnose van ADHD bij jongvolwassenen met een verslavingsproblematiek? Hoe op te vangen?
    - Houding cliënten?
    - Hoe betrouwbaar acht je jezelf in het stellen van de juiste diagnose? Hoe detecteer je dat?

- Opleiding en deskundigheid personeel:
  - Welke elementen moeten in een opleiding naar voren komen om een goede diagnose te kunnen stellen?
  - Wie moet in aanmerking komen om een diagnose te kunnen stellen?

FOCUSGROEP 3:

De diagnose en *behandeling* van ADHD bij (jong)volwassenen met een verslavingsproblematiek:

=> Onderwerpen en vragen focusgroep 3:



Behandeldoelen

- Waarop moet de behandeling van ADHD bij (jong)volwassenen met een verslavingsproblematiek volgens u gericht zijn? (voorkomen van terugval, leren omgaan met, vermindering van klachten, volledig herstel, behoud of vergroten van kwaliteit van leven – werk, opleiding, relaties -, infoverschaffing, ...)

Behandelopties algemeen

- Wordt de patiënt betrokken bij het opstellen van het behandelplan? Hoe en in welke mate gebeurt dit?
- Wat is de gemiddelde behandelduur? (vaste periode, zolang het effectief blijkt, ...)
- Hoe verloopt de opvolging van een behandeling? (nagaan van neveneffecten, effectiviteit, ...)
- Hoe therapietrouw en motivatie vergroten?
- Wat gebeurt er wanneer een patiënt terugvalt in zijn/haar verslaving?

Medicamenteuze behandeling

- Aan welke criteria dient een patiënt te voldoen om te kunnen starten met medicamenteuze behandeling? (abstinentie, voorafgaande coaching, behandelovereenkomst, ...)
- Welke medicamenteuze behandelingen zijn het meest aangewezen bij verslaafden met ADHD? (langwerkende of kortwerkende medicatie, rilatine, concerta, tofranil, strattera, zyban, dextro-amfetamine, antidepressiva, ...)
    - Wat zijn de voor- en nadelen (bijwerkingen, interacties, ...) van de verschillende soorten medicatie?
    - Wordt medicatie wel eens misbruikt? Hoe kan dit voorkomen worden?
- Welke criteria vormen de basis waarop beslist kan worden om te wachten met medicamenteuze behandeling? (ontwenningsverschijnselen, comorbiditeit, andere medische aandoeningen ...)
- Kan farmacotherapie voor ADHD bij een lopende substitutietherapie? Zo ja, welke farmacotherapeutische behandeling geeft de minste interacties met een lopende opiaten-substitutietherapie?
- Ervaringen met het gebruik van methylfenidaat in de behandeling van (cocaïne)afhankelijkheid? Voor- en nadelen?

Niet-medicamenteuze behandeling

- Welke psychosociale/psychotherapeutische behandelingen moeten zeker aan bod komen bij de behandeling van ADHD bij personen met een verslavingsproblematiek? (systeemtherapie, psychosociale behandeling, psycho-educatie, coaching, sociale vaardigheidstraining, relaxatie, ...)
    - Hoe schat u de kwaliteit van elk van deze behandelopties in?
    - Is de keuze voor bepaalde behandelopties afhankelijk van het middel waarvan de patiënt afhankelijk is/was?
    - Gaat de behandeling voor verslaving samen met de behandeling voor ADHD? (zelfcontroletechnieken, sociale vaardigheidstraining, stresshantering, ...)
    - Gaat het hier om individuele of groepsbehandeling? Wat is het meest effectief?

Comorbiditeit

- Hoe verloopt de behandeling van ADHD bij (jong)volwassenen met een verslavingsproblematiek en andere psychiatrische stoornissen zoals angststoornissen, stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen?
    - Welke stoornis eerst behandelen?
    - Is dit afhankelijk van het type stoornis?



- Andere medicatie vereist? Welke?

Competenties

- Over welke competenties dient een goede behandelaar te beschikken? (begrip tonen, menselijke en gelijkwaardige houding, goed kunnen luisteren, duidelijke en begrijpbare taal gebruiken, stimuleren eigen inbreng te hebben, deskundigheid t.a.v. de problematiek, ...)

FOCUSGROEP PATIËNTEN:

De diagnose en behandeling van ADHD bij (jong)volwassenen met een verslavingsproblematiek: patiëntenperspectief

Algemeen

1. Welke kenmerken van ADHD herkent u in uzelf en hoe uiten deze zich?
   - Is dit steeds zo geweest of kwamen deze symptomen pas op latere leeftijd naar boven? In welke levensfase was dat dan?
   - Welke impact hebben deze symptomen op uw dagdagelijks functioneren?

2. Wat is volgens u de relatie tussen ADHD en middelengebruik?
   - Bent u roesmiddelen gaan gebruiken om ADHD-symptomen te verminderen? Welke waren dat dan?
   - Andere reden?

3. Heeft u zelf om hulp gevraagd of werd u doorverwezen?
   - Welke klachten vormden hiertoe de aanleiding?
   - Indien doorverwezen: hoe ervoer u dit? (positief, weigerachtig, ...)

Diagnose

1. Wanneer (in welke levensfase) werd bij u voor het eerst ADHD gediagnosticeerd?
   - Wie stelde die diagnose en in welke setting was dit?
   - Werden er voordien reeds andere diagnoses gesteld?
   - Hoe lang had u al klachten voordat u voor het eerst bij een hulpverlener terechtkwam?
   - Hoe lang zat er tussen uw hulpvraag en de uiteindelijke diagnose? Hoe ervoer u deze periode?

2. Is het voor u belangrijk om weten dat u ADHD heeft? Waarom wel/niet?
   - Wat voor veranderingen heeft de diagnose van ADHD, los van de behandeling, in uw leven teweeggebracht? Welke voor- en/of nadelen ervaart u door deze diagnose?

3. Wat vond u van de verschillende onderzoeken (observatie, anamnese, ...) die u moest ondergaan vooraleer men tot de diagnose kwam? Ervaringen?
   - Vond u het storend dat bijvoorbeeld familieleden betrokken werden?
   - Te weinig of te veel nadruk op ...?
   - Te lang, te intensief, te kort ...?
   - Positieve aspecten en tekortkomingen tijdens het diagnoseproces?
   - Wat zou u veranderen aan het diagnoseproces? Waarom?



Behandeling

1. Heeft u na de diagnose voldoende voorlichting gehad m.b.t. ADHD en de behandeling ervan? Wat was het nut hiervan?

2. Uit welke verschillende elementen bestaat uw behandeling? (psycho-educatie, gedragstherapie, medicatie, lotgenotencontact, ...)
   - Hoe schat u de kwaliteit en het nut van elk van deze elementen in?
   - Wat was uw rol (inspraak) in de keuze van behandelmogelijkheden? Had u dat graag anders gezien? Hoe dan?
   - Gebruikt u nog middelen tijdens de behandeling? Heeft dit volgens u invloed op de behandeling?
   - Volgt u een aparte behandeling voor uw middelenproblematiek en de ADHD of één behandelingsstrategie waarin beide worden aangepakt? Wat zijn uw ervaringen hiermee?
   - Volgt u een individuele of een groepsbehandeling en wat zijn uw ervaringen hiermee?
   - Welke medicatie neemt u en wat zijn uw ervaringen hiermee (zowel positief als negatief)? Is medicatie noodzakelijk voor een goede behandeling?
   - Wat zou u veranderen aan uw behandeling? Waarom?

3. Zijn uw klachten afgenomen door het volgen van de behandeling en hoe merkt u dit?
   - Heeft dit nieuwe mogelijkheden voor u geopend (relaties en gezin, werk, opleiding, ...)?

4. Waarop moet de behandeling volgens u gericht zijn? (voorkomen van terugval, leren omgaan met, vermindering van klachten, volledig herstel, behoud of vergroten van kwaliteit van leven – werk, opleiding, relaties -, ...)

5. Over welke competenties dient uw behandelaar te beschikken? (begrip tonen, menselijke en gelijkwaardige houding, goed kunnen luisteren, duidelijke en begrijpbare taal gebruiken, stimuleren eigen inbreng te hebben, deskundigheid t.a.v. mijn problematiek, ...)

Ten slotte

1. Vindt u het belangrijk dat u uitgenodigd werd voor deze focusgroep? Waarom wel/niet?

Bijlage 3: Ontwikkeling van Good Clinical Practice in de herkenning en behandeling van ADHD bij (jong) volwassenen met verslavingsproblemen

Richtlijnen voor de klinische praktijk

Samenvatting: conclusies en aanbevelingen

VAD

Inleidend: ADHD bij (jong)volwassenen met een verslavingsproblematiek

Conclusies:

Niveau van evidentie 2+	ADHD kan worden geassocieerd met een vroege leeftijd waarop voor het eerst drugs worden gebruikt, meer experimenteergedrag, verslavingsproblemen en psychiatrische diagnoses, een grotere kans op het ondernemen van een zelfmoordpoging en meer ziekenhuisopnames (Wilens et al., 1997; Arias et al., 2008).
Niveau van evidentie 2	ADHD is oververtegenwoordigd in de populatie van patiënten met een middelenproblematiek en dit vooral bij patiënten met een verslaving aan verschillende drugs (Ohlmeier et al., 2008).
Niveau van evidentie 2+	ADHD versnelt de overgang van minder zwaar middelengebruik naar ernstigere vormen van afhankelijkheid (Wilens et al., 1997).
Niveau van evidentie 2+	Wanneer ADHD gepaard gaat met een comorbide stoornis (depressie, angststoornis, bipolaire stoornis, ...) neemt de kans op het ontwikkelen van een verslavingsprobleem nog bijkomend toe (Biederman et al., 1995; Wilens, 2004).
Niveau van evidentie 1+	Volwassenen met zowel ADHD als een afhankelijkheidsproblematiek hebben veel meer kans op een blijvend afhankelijkheidsprobleem in vergelijking met een groep zonder comorbide ADHD. Daarenboven blijkt dat het voor hen moeilijker is om volledig van hun afhankelijkheidsprobleem af te komen. (Wilens et al., 1998; Schubiner et al., 2000; Levin et al., 1998).
Niveau van evidentie2+	De combinatie ADHD en middelengerelateerde stoornissen zorgt ervoor dat de ADHD-symptomen sterker tot uiting komen (Levin et al., 2004).

Welke verschillende stappen dienen genomen te worden om de diagnose ADHD te kunnen stellen bij (jong)volwassenen met een verslavingsproblematiek?

Subvragen:
- *Wanneer kan het diagnostisch proces gestart worden?*
- *Wie komt in aanmerking om de diagnose ADHD te stellen?*

Conclusies:

Niveau van evidentie 3	Een goede diagnostiek is nodig om problemen gerelateerd aan over- of onderdiagnose van ADHD bij patiënten met een verslavingsproblematiek tot het minimum te herleiden. Algemeen wordt aangenomen dat een goede diagnose bestaat uit een aantal noodzakelijke stappen: het nagaan van de huidige symptomatologie, elementen uit de kindertijd, familiegeschiedenis, school- en beroepsgeschiedenis, huwelijk, fysieke tekenen en comorbiditeit(en) (Upadhyaya, 2007; Adler en Cohen, 2004).
Niveau van evidentie 3	Er bestaat geen specifiek onderzoek naar wanneer het diagnostisch proces best aan te vatten bij personen met een verslavingsproblematiek (Wilens, 2004).
Niveau van evidentie 4	Voor het juist uitvoeren van diagnostiek van ADHD bij (jong)volwassenen met een verslavingsproblematiek is het onontbeerlijk dat betreffende behandelaren daartoe deskundig en bekwaam zijn (Van de Glind et al., 2004).

Aanbevelingen

Niveau van aanbeveling D	Baseer de diagnosestelling niet enkel op vragenlijsten. Ook resultaten afkomstig van een uitgebreide (hetero)anamnese en van aanvullende diagnostiek (incl. middelenmisbruik) dienen in kaart te worden gebracht. Dit betekent dat volgende stappen dienen gezet te worden om tot de diagnose van ADHD bij (jong)volwassenen met een verslavingsproblematiek over te kunnen gaan: - screening (huidige symptomen); - Eigenlijke diagnosestelling: o huidige symptomatologie; o (hetero)anamnese; o aanvullend onderzoek/differentiaaldiagnostiek.
Niveau van aanbeveling D	Het nagaan van de huidige symptomatologie en de differentiaaldiagnostiek kunnen aangevat worden na een voldoende lange periode van stabilisatie van het middelengebruik. De duur van deze stabilisatieperiode wordt bepaald door de klinische ervaring van de diagnosticus rekening houdend met de setting waarin de patiënt behandeld wordt en met het middel dat misbruikt wordt. Met (hetero)anamnese en observatie kan al eerder begonnen worden.
Niveau van aanbeveling D	De formele diagnose ADHD dient bevestigd te worden door elke arts op voorwaarde dat deze: ➢ uitgebreide scholing heeft genoten betreffende de differentiaaldiagnostiek van ADHD; ➢ ervaring heeft in de verslavingszorg; ➢ ervaring heeft met een populatie van (jong)volwassenen met ADHD.

Met welke specifieke aspecten dient rekening gehouden te worden tijdens het screenen op ADHD van (jong)volwassenen met een verslavingsproblematiek?

Subvragen:
- *Is het aangewezen om (jong)volwassenen met een verslavingsproblematiek systematisch te screenen op het voorkomen van ADHD en welke instrumenten kunnen hier best voor gebruikt worden?*
- *Bij welk screeningsresultaat dient een uitgebreider diagnostisch onderzoek aangevat te worden?*

Conclusies:

Niveau van evidentie 2+	De screening gebeurt best aan de hand van een gevalideerde vragenlijst gebaseerd op de DSM-IV-criteria voor ADHD. Er werd evenwel slechts één screeningsinstrument voor ADHD getest in een populatie van (jong)volwassenen met een verslavingsproblematiek (Cleland et al., 2006).
Niveau van evidentie 3	Screening gaat steeds de eigenlijke diagnosestelling vooraf en geeft louter een eerste indicatie van de aanwezigheid van ADHD (Van de Glind et al., 2004). De diagnose enkel en alleen baseren op de resultaten van screeningsinstrumenten kan makkelijk tot overdiagnose leiden (Upadhyaya, 2007).

Aanbevelingen:

Niveau van aanbeveling C	Gezien de hoge prevalentiecijfers van ADHD bij personen met een middelenproblematiek is het belangrijk om cliënten in de verslavingszorg te screenen op het voorkomen van ADHD, ook met het oog op het kiezen van de juiste behandeling.
Niveau van aanbeveling D	De klinische ervaring van de diagnosticus geeft de doorslag bij de keuze van het geschikte screeningsinstrument.
Niveau van aanbeveling D	Als uit de screeningsresultaten blijkt dat er een kans is op ADHD dient een uitgebreider onderzoek aangevat te worden.

Met welke specifieke aspecten dient rekening gehouden te worden bij het nagaan van de huidige ADHD-symptomatologie en tijdens het anamnestisch proces in het kader van het diagnosticeren van ADHD bij (jong)volwassenen met een verslavingsproblematiek?

Conclusies:

Niveau van evidentie 2+	Het gebruik van vragenlijsten gebaseerd op de DSM-IV-criteria voor ADHD vormt de basis van een goede diagnostiek. De diagnosestelling enkel en alleen hierop baseren zal evenwel voor vals positieve en negatieve resultaten kunnen zorgen (Adler & Cohen, 2004). Er werden evenwel slechts twee diagnoseschalen voor ADHD getest in een populatie van (jong)volwassenen met een verslavingsproblematiek (Cleland et al., 2006; West et al., 2007).
Niveau van evidentie 3	Het gebruik van bepaalde drugs kan symptomen van ADHD opwekken zonder dat er werkelijk sprake is van ADHD (Wilson & Levin, 2001).
Niveau van evidentie 3	In een populatie van (jong)volwassenen met een verslavingsproblematiek is het bekomen van retrospectieve gegevens dikwijls een moeilijke opgave. Vaak is de patiënt terughoudend om contactinformatie te geven of zijn familieleden, wegens verstoorde relaties, niet bereid om mee te werken aan het diagnostisch proces (Kalbag & Levin, 2005).
Niveau van evidentie 2	Volwassenen met ADHD zijn betere informanten dan ouders en partners, maar neigen tot onderrapportage over de ernst van de symptomen ten opzichte van de klinische diagnose (Kooij et al., 2008).
Niveau van evidentie 3	Volwassenen met ADHD hebben na verloop van tijd vaak de nodige compensatiestrategieën ontwikkeld waardoor ze de impact van de symptomen weten in te perken (Kalbag & Levin, 2005; Adler en Cohen, 2004).
Niveau van evidentie 3	Middelengeïndiceerde verschijnselen (incl. ontwenningsverschijnselen) worden soms verkeerdelijk aanzien als pure ADHD-symptomen (Kalbag & Levin, 2005).
Niveau van evidentie 3	Sommige patiënten overdrijven hun symptomen omdat er in bepaalde gevallen voordeel gehaald kan worden uit het krijgen van de diagnose ADHD (Upadhyaya, 2007).
Niveau van evidentie 4	Tot op heden werd er geen anamnestisch instrument getest op zijn betrouwbaarheid en validiteit binnen een populatie van (jong)volwassenen met een verslavingsproblematiek.

Aanbevelingen:

Niveau van aanbeveling C	Een uitgebreide (hetero-)anamnese is noodzakelijk voor een goede diagnosestelling en kan potentiële over- en onderdiagnose voorkomen.
Niveau van aanbeveling C	Het gebruik van vragenlijsten en semigestructureerde interviews die gevalideerd werden in een populatie van patiënten met ADHD en een verslavingsproblematiek vormt het ideale startpunt om tot de diagnose ADHD over te kunnen gaan. In afwezigheid van gevalideerde instrumenten bepaalt de diagnosticus de keuze van het geschikte instrument op basis van zijn of haar klinische ervaring. Het gebruik van dergelijke instrumenten vormt immers slechts een startpunt en ter aanvulling dient steeds een uitgebreide observatie, (hetero)anamnese en aanvullend onderzoek uitgevoerd te worden.
Niveau van aanbeveling D	Stel een tijdschema van het middelengebruik op om op die manier ADHD-symptomen te onderscheiden van symptomen gerelateerd aan druggebruik. Koppel dit terug naar de patiënt om hem/haar bewust te maken van zijn/haar problematiek.
Niveau van aanbeveling C	Het betrekken van de ouders (of bij afwezigheid hiervan broer(s), zus(sen), grootouders, ...) van de patiënt is van groot belang om informatie uit de kindertijd (met name de eerste zeven levensjaren) van de patiënt te vergaren. Eventueel kunnen ook de partner en/of andere naasten van de patiënt bevraagd worden om meer duidelijkheid te krijgen over de huidige symptomatologie.
Niveau van aanbeveling C	Bijkomende informatie kan vergaard worden door schoolrapporten, met bijzondere aandacht voor de evolutie van de prestaties en eventueel toegevoegde commentaren van toenmalige leerkrachten.
Niveau van aanbeveling D	Breng steeds de graad van compensatie in rekening bij het in kaart brengen van de ADHD-symptomen.
Niveau van aanbeveling D	Hou steeds rekening met de ziektewinst die de diagnose ADHD met zich mee kan brengen voor de patiënt.
Niveau van aanbeveling D	Focus tijdens de (hetero)anamnese op de drug- en alcoholvrije momenten in het leven van de cliënt.
Niveau van aanbeveling D	Voor het verzamelen van anamnestische gegevens en het bepalen van zowel de huidige symptomatologie als deze tijdens de kindertijd kan gebruik gemaakt worden van diagnostische interviews zoals CAADID en DIVA.

In welke mate spelen persoonsgebonden eigenschappen van de patiënt een rol in het verloop van het diagnostisch proces en op welke manier kan hier tijdens het diagnostisch proces op ingespeeld worden?

Conclusies:

Niveau van evidentie 3	De omgeving waarin het individu functioneert is van primordiaal belang in het diagnostisch proces. Deze omgeving staat immers garant voor een zekere mate van structuur die een grote invloed heeft op het ontwikkelen en het naar voren komen van de ADHD-symptomen (Gingerich et al., 1998).
Niveau van evidentie 2	Vrouwen met ADHD vertonen meer psychologische ongemakken – zoals depressies, stemmings- en angststoornissen en een laag zelfbeeld (Katz et al., 1998; Arcia & Conners, 1998; Biederman et al., 2006).
Niveau van evidentie 2++	Culturele verschillen kunnen een invloed hebben op de signalisering van ADHD en het al dan niet openstaan voor behandeling (Rohde et al., 2005).
Niveau van evidentie 3	Symptomen zoals concentratieproblemen, impulsiviteit, snel afgeleid zijn, overreageren, ... kunnen ook het resultaat zijn van het leven in een chronisch stressvolle en onvoorspelbare omgeving (Gingerich, 1998).
Niveau van evidentie 2+	Binnen een populatie van jongvolwassen met ADHD verloopt de associatie tussen sociaal-economische klasse en verslavingsproblemen in een U-vorm, met een verhoogd risico in zowel de hogere als lagere sociale klassen (Monuteaux et al., 2007).

Aanbeveling

Niveau van aanbeveling C	Geslachtsspecifieke aspecten, culturele achtergronden en sociaal-economische status (SES) van de patiënt dienen in rekening te worden gebracht.

Met welke specifieke aspecten dient rekening gehouden te worden bij het aanvullend onderzoek in het kader van het diagnosticeren van ADHD bij (jong)volwassenen met een verslavingsproblematiek?

Conclusies

Niveau van evidentie 3	Comorbiditeit is een moeilijkheid in de ADHD-diagnose: niet alleen komt een groot aantal ADHD-symptomen bij verschillende stoornissen voor, er is tevens een overlap in de diagnosecriteria voor de verwante stoornissen. Symptomen van comorbide stoornissen worden hierdoor nog al eens onterecht aan ADHD toegeschreven (Kim et al., 2002; Kalbag & Levin, 2005).
Niveau van evidentie 3	Verschillende comorbide stoornissen kunnen van invloed zijn op de symptomen geassocieerd met ADHD (Wilson & Levin, 2001).
Niveau van evidentie 2+	De combinatie ADHD en middelenmisbruik brengt een verhoogd risico op depressie en angststoornissen met zich mee (Wilens et al., 2005).
Niveau van evidentie 2+	De effecten die het gebruik (of de ontwenning) van bepaalde middelen met zich meebrengen camoufleren vaak de symptomen typisch aan ADHD (Faraone et al., 2007).

Aanbevelingen:

Niveau van aanbeveling C	Het diagnostisch proces dient een uitgebreide beoordeling van het huidige en vroegere middelengebruik (gebruiksfrequentie, sociale context, ...) te bevatten.
Niveau van aanbeveling D	Ga uitgebreid op zoek naar eventuele psychiatrische comorbiditeiten en stel hiervan zowel een persoonlijke als een familiale voorgeschiedenis op.
Niveau van aanbeveling C	Screen op stemmings- en angststoornissen.
Niveau van aanbeveling D	Indien er indicaties voor een minder functioneren van de executieve functies zijn, kan (neuro)psychologisch onderzoek nuttig zijn voor het bepalen van individuele tekorten en hierdoor een goede aanvulling betekenen van het eigenlijke diagnostische proces.

Wat omvat een goede behandeling van ADHD bij (jong)volwassen met een verslavingsproblematiek?

Conclusies

Niveau van evidentie 3	Het lijkt dat de behandeling van ADHD bij verslaafden mogelijk is als het middelenmisbruik gestabiliseerd is (Wilens, 2004).
Niveau van evidentie 2	Er zijn aanwijzingen dat een gecombineerde therapie (medicatie + gedragstherapie) een beter effect heeft dan medicatie alleen (Wilens, 1999; Safren, 2005; Rostain & Ramsay, 2006).
Niveau van evidentie 3	Onbehandelde ADHD kan een goede behandeling van verslaving in de weg staan (Mariani 2007).
Niveau van evidentie 3	Het verwerken van de diagnose lijkt een essentieel onderdeel te zijn van de behandeling van ADHD bij verslaafden (Murphy 2005).
Niveau van evidentie 3	Het betrekken van de familie in de behandeling verhoogt de effectiviteit ervan (Wilens 2004).

Aanbevelingen

Niveau van aanbeveling D	De behandeling van ADHD bij verslaafden wordt gestart als de verslaving gestabiliseerd is.
Niveau van aanbeveling D	Combineer medicatie met psychotherapie.
Niveau van aanbeveling C	Integreer de aanpak van het middelenmisbruik en eventuele andere psychische stoornissen of moeilijkheden in de behandeling.
Niveau van aanbeveling D	Organiseer peer support.
Niveau van aanbeveling D	Betrek de familie in de behandeling.

Conclusies

Niveau van evidentie 3	Niet de aanwezigheid van ADHD, maar wel de ernst van de verslaving is een voorspellende factor voor de retentie in de verslavingsbehandeling (Levin 2006, Levin 2008).
Niveau van evidentie 3	Het lijkt erop dat matig cannabisgebruik de retentie bij cocaïnegebruikers met ADHD verhoogt (Aharonovich 2006).
Niveau van evidentie 4	Het erkennen en behandelen van de ADHD versterkt de therapeutische relatie (Expertopinie).

Welke medicatie is effectief bij de behandeling van ADHD bij verslaafden en wat is het effect van deze medicatie op het gebruik van alcohol en andere drugs?

Conclusies

Niveau van evidentie 3	Langwerkend methylfenidaat lijkt effect te hebben op ADHD bij volwassenen met verslaving (Collins, 2006; Levin, 2006 en 2007, Szobot ,2008).
Niveau van evidentie 3	Langwerkend bupropion lijkt effect te hebben op ADHD bij volwassenen met verslaving (Levin, 2006).
Niveau van evidentie 3	Er zijn aanwijzingen dat kortwerkend methylfenidaat effect heeft op ADHD bij volwassenen met verslaving (Schubiner, 2002).
Niveau van evidentie 2	Er zijn aanwijzingen dat atomoxetine effect heeft op ADHD bij volwassenen met verslaving (Wilens, 2008).
Niveau van evidentie 1	Het effect van alle producten is kleiner bij volwassenen dan bij kinderen (Faraone, 2003; Mészàros, 2009).
Niveau van evidentie 1	Er is een sterk placebo-effect (Michelson, 2003).
Niveau van evidentie 1	De behandeling van ADHD met stimulantia verhoogt de kans op verslaving niet (Faraone, 2003; Kollins, 2003; Wilson 2007).
Niveau van evidentie 2	Er zijn aanwijzingen dat de behandeling van ADHD de kans op SUD ook niet vermindert (Biederman, 2008).
Niveau van evidentie 2	Er zijn aanwijzingen dat stimulantia in de dosis nodig om ADHD te behandelen het middelenmisbruik niet doen dalen (Schubiner, 2002; Carpentier, 2005; Levin, 2006; Szobot, 2008).

Aanbevelingen

Niveau van aanbeveling C	Atomoxetine heeft de voorkeur gezien de afwezigheid van misbruikpotentieel.
Niveau van aanbeveling C	Ook langwerkend methylfenidaat kan gebruikt worden, mits gedoseerde aflevering en/of onder voldoende toezicht.
Niveau van aanbeveling C	Bupropion of imipramine is een mogelijke keuze voor de behandeling van ADHD.
Niveau van aanbeveling C	Omwille van het misbruikpotentieel kan kortwerkend methylfenidaat alleen in een residentiële behandeling een plaats hebben in de opstartfase om het effect te beoordelen.

Welke niet-medicamenteuze behandelingen zijn effectief voor de behandeling van ADHD bij verslaafden?

Conclusies

Er is weinig evidentie wat de effectiviteit betreft van psychotherapeutische behandeling van ADHD bij volwassenen. Er zijn wel aanwijzingen en de meeste clinici die met deze populatie werken, oordelen dat aangepaste psychologische interventies een therapeutische rol spelen in hun behandeling.
Er is helemaal geen onderzoek naar het effect van al deze behandelingen bij verslaafde patiënten met ADHD. Er zijn wel expertopinies beschikbaar (Goossensen, 2006; Knouse, 2008; Levin, 2008).

Omwille van de chroniciteit met repercussies op alle levensdomeinen van zowel ADHD als verslaving, zal een behandeling best gebruikmaken van zoveel mogelijk instrumenten. Het pakket zal afgestemd moeten zijn op de individuele problematiek en situatie van de patiënt.

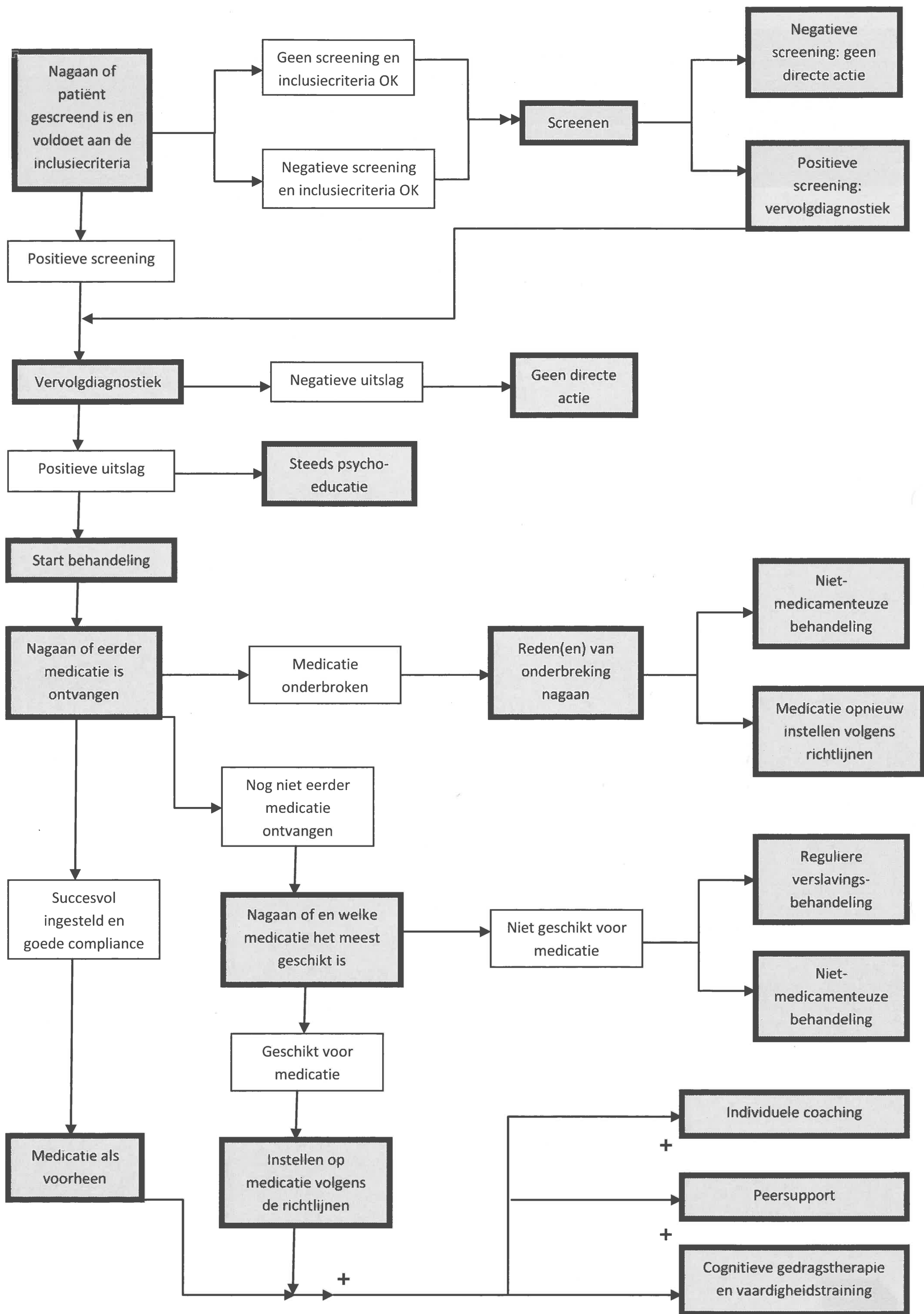
Volgens de experten uit de focusgroepen zijn veel therapeutische elementen zowel aangewezen voor de verslavingsproblematiek als voor de ADHD, o.m. het bieden van structuur, het aanleren van timemanagement en organisatie, het leren omgaan met impulsiviteit en stemmingswisselingen. In een residentieel programma is er voldoende tijd en menskracht om een dergelijk aanbod te doen. In de ambulante setting is de tijd vaak te kort en de contacten te fragmentarisch. Toch zou ook hier een combinatie van individuele therapie (van coachend over trainend tot gedragstherapeutisch) met groepstraining en peersupport het beste antwoord op de problematiek kunnen zijn.

Aanbevelingen:

Niveau van aanbeveling D	Een multimodale behandeling verdient de voorkeur.
Niveau van aanbeveling D	De eerste fase bestaat uit psycho-educatie.
Niveau van aanbeveling D	In de tweede fase wordt naast medicatie best individuele coaching en peersupport aangeboden.
Niveau van aanbeveling B	In de derde fase worden cognitieve gedragstherapie, vaardigheidstraining (individueel of in groep) aanbevolen.
Niveau van aanbeveling D	Eventueel kan mindfulness en DGT aangeboden worden.
Niveau van aanbeveling D	Relatietherapie dient overwogen te worden.
Niveau van aanbeveling D	Resterende comorbide stoornissen dienen behandeld te worden.

Bijlage 4: ADHD en Verslaving: beslissingsboom

VAD



ADHD en Verslaving: Beslissingsboom

Bijlage 5: Inlichtingenformulier & informed consent

VAD

Toestemmingsformulier patiënt

Project: Ontwikkeling van Good Clinical Practice in de herkenning van ADHD bij (jong)volwassenen met verslavingsproblemen

Dokter/therapeut, *(naam)* ...., heeft mij schriftelijk (d.m.v. het inlichtingenformulier) en mondeling ingelicht over de aard, het doel, de procedure en de mogelijke gevolgen van dit onderzoek. Ik begrijp alles wat in het inlichtingenformulier werd vermeld en al mijn eventuele vragen ter zake zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik ben geïnformeerd over mijn rechten tijdens het onderzoek.

De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden en mogen gepubliceerd worden. Mijn naam wordt daarbij niet gepubliceerd en de vertrouwelijkheid van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd.

Ik geef toestemming voor deelname aan dit onderzoek.

Ik kan mijn toestemming en deelname aan dit onderzoek te allen tijde intrekken zonder dat dit op enige wijze nadelige gevolgen voor mijn behandeling heeft.

Datum:

Naam en handtekening patiënt

Naam en handtekening arts/therapeut

Inlichtingenformulier patiënt

Project: Ontwikkeling van Good Clinical Practice in de herkenning van ADHD bij (jong)volwassenen met verslavingsproblemen

Introductie

Dit formulier werd opgesteld om personen die uitgenodigd worden om deel te nemen aan een project rond ADHD en verslaving meer toelichting te geven bij het project. De volledige titel van het project is *"Ontwikkeling van Good Clinical Practice in de herkenning van ADHD bij (jong)volwassenen met verslavingsproblemen".* U hoeft niet onmiddellijk te beslissen om deel te nemen. Alvorens te beslissen kan u met eender wie over deze uitnodiging overleggen.

Wanneer er bij het doornemen van dit formulier woorden of passages zijn die u niet volledig begrijpt kan u te allen tijde vragen om te stoppen waarna er de nodige tijd zal worden genomen om alle onduidelijkheden weg te werken.

ADHD?

ADHD staat voor Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, wat in het Nederlands vertaald wordt als aandachtstekort (of aandachtsstoornis) met hyperactiviteit. ADHD wordt aanzien als een erfelijke, neurobiologische ontwikkelingsstoornis die begint tijdens de kindertijd maar zich vaak verder zet tijdens het volwassen leven waar het geassocieerd wordt met significante beperkingen in het psychosociale functioneren. ADHD bestaat uit 3 hoofdkenmerken die in 2 types gebundeld zijn: aandachtstekort en hyperactiviteit/impulsiviteit:

- *Aandachtstekort*: wordt gekenmerkt door moeite hebben om genoeg aandacht te schenken aan details, fouten maken door achteloosheid, makkelijk afgeleid worden, moeite hebben om zich op iets te concentreren, vaak niet bij de zaak zijn, moeilijk kunnen ordenen van activiteiten, er moeilijk in slagen iets af te werken, vergeetachtig zijn.
- *Hyperactiviteit:* wordt gekenmerkt door overbeweeglijkheid (met handen of voeten of met het hele lichaam), moeilijk kunnen blijven zitten. Bij volwassenen uit zich dit vaak door een innerlijk gevoel van onrust. Ook het moeilijk op een plaats kunnen blijven zitten en sterk de neiging hebben om rond te lopen komen voor.
- *Impulsiviteit*: wordt gekenmerkt door handelen zonder na te denken over de gevolgen, moeilijk de beurt kunnen afwachten, anderen onderbreken, al een antwoord geven vooraleer de vraag volledig gesteld is.

Bedoeling van het onderzoek

Uit onderzoek blijkt dat bij 20 tot 25 % van de volwassenen met verslavingsproblemen ook ADHD aanwezig is. Deze ADHD wordt meestal niet gediagnosticeerd en dus zeker niet behandeld. De informatie en de deskundigheid in verband met deze problematiek is nog slechts zeer beperkt aanwezig in de verslavingssector. Daarom werden er richtlijnen



voor de diagnose en behandeling van ADHD bij personen met een verslavingsproblematiek opgesteld. Via dit project willen we de bruikbaarheid van deze richtlijnen testen in 12 Vlaamse centra van de alcohol- en drughulpverlening.

Kwaliteitsvolle richtlijnen verhogen de expertise in het werkveld aangaande de diagnose en behandeling van ADHD bij (jong)volwassenen met een verslavingsproblematiek aanzienlijk. Daarenboven wordt ook de continuïteit in de behandeling van ADHD bij doorverwijzing binnen (en buiten) de verslavingssector vergroot, krijgen patiënten meer inzicht in hun eigen problematiek en worden hun kansen op een adequate behandeling danig verhoogd.

Soort onderzoek

De richtlijnen om ADHD te herkennen en te behandelen bij personen met een verslavingsproblematiek zullen getest worden in 12 instellingen van de alcohol- en drughulpverlening. Ze zullen, zowel kwantitatief als kwalitatief, getest worden op hun praktische haalbaarheid, aanvaardbaarheid en bruikbaarheid bij artsen, therapeuten en patiënten. Aan de artsen wordt gevraagd om tijdens deze testfase de ontwikkelde richtlijnen te gebruiken en toe te passen bij alle nieuwe patiënten die hiervoor in aanmerking komen. Voor elke patiënt dienen ze een registratieformulier in te vullen op basis waarvan uiteindelijk kan geëvalueerd worden of de richtlijnen in de praktijk haalbaar, aanvaardbaar en bruikbaar zijn. Daarenboven zal er maandelijks contact worden genomen met de deelnemende centra om de implementatie van de testfase op te volgen, te coördineren en eventueel bij te sturen (procesevaluatie).

Na afloop van de testfase en na de verwerking van de evaluatieresultaten zullen deze teruggekoppeld worden naar het werkveld door middel van focusgroepen. Om de validiteit en betrouwbaarheid van de richtlijnen nog te vergroten zal er ook een focusgroep voor patiënten georganiseerd worden. Op basis van de uitkomst van deze focusgroepen zullen de richtlijnen een laatste maal worden aangepast.

Beschrijving van het proces

Wanneer u akkoord gaat en deelneemt aan het onderzoek zal u gescreend worden op de aanwezigheid van ADHD. Dit zal gebeuren aan de hand van een korte screeningsvragenlijst. Op basis van de klinische ervaring van de diagnosticus wordt bepaald welke vragenlijst er gebruikt zal worden.

- Wanneer u negatief screent zal u de gebruikelijke standaardbehandeling voor uw drugproblematiek ondergaan.
- Als uit de screeningsresultaten blijkt dat er een kans is op ADHD zal een uitgebreider onderzoek aangevat te worden. Hier zal bepaald worden of u al dan niet ADHD heeft. In dit vervolgonderzoek zullen alle aspecten van ADHD aan de orde komen, zowel in de kindertijd als nu. Ook wordt hier gekeken naar de aanwezigheid van ADHD en hieraan gerelateerde aandoeningen in de familie. Mogelijk wordt ook nog een gesprek gevoerd met een ouder, broer of zus, om zo meer informatie over de kindertijd te krijgen.

  Indien hieruit blijkt dat u ADHD heeft zal de noodzakelijke behandeling om zowel uw verslaving als ADHD aan te pakken worden opgestart. Omwille van de chroniciteit



met repercussies op alle levensdomeinen van zowel ADHD als verslaving, zal de behandeling gebruik maken van zoveel mogelijk instrumenten (medicatie + gedragstherapie). Het pakket zal daarenboven afgestemd worden op uw individuele problematiek en situatie.

Selectie van deelnemers

Alle patiënten tussen 18 en 40 jaar, met een middelenproblematiek en die zich in één van de 12 hulpverleningscentra aanmelden voor behandeling van hun verslavingsproblematiek, worden gevraagd om aan dit onderzoek deel te nemen.

Vrijwillige deelname

Uw deelname aan dit project is geheel vrijwillig. Het is uw keuze om deel te nemen of niet. Als u beslist om niet deel te nemen krijgt u de normale behandeling die gewoonlijk wordt toegepast voor uw problematiek. Wanneer u wel wenst deel te nemen kan u uw toestemming en deelname aan dit onderzoek te allen tijde intrekken zonder dat dit op enige wijze nadelige gevolgen voor uw behandeling zal hebben. Er wordt geen vergoeding voorzien voor uw deelname aan dit onderzoek.

Vertrouwelijkheid

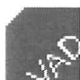
Alle informatie die er tijdens dit onderzoek verzameld zal worden is en blijft strikt vertrouwelijk. Uw naam wordt op geen enkel document vermeld en zal overal vervangen worden door een cijfercode. U heeft het recht alle persoonlijke gegevens die over u werden vastgelegd in te zien en waar nodig aan te passen.

Mogelijks worden de resultaten van dit onderzoek gebruikt voor wetenschappelijke doeleinden en zullen ze gepubliceerd worden. Uw naam wordt daarbij niet gepubliceerd en de vertrouwelijkheid van de gegevens zal in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd zijn.

Aansprakelijkheid

Krachtens artikel 29 van de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon is de opdrachtgever van dit onderzoek, zelfs foutloos, aansprakelijk voor de schade die u of uw rechthebbenden opliepen en die een rechtstreeks dan wel indirect verband met het onderzoek vertoont.

Deze uitnodiging werd geadviseerd door het Ethisch Comité verbonden aan deze instelling. Dit Comité heeft als taak er voor te zorgen dat deelnemers aan een onderzoek zoals het deze beschermd worden tegen schade als gevolg van dit onderzoek.



Bijlage 6: Registratieformulier

Project ADHD bij (jong)volwassenen met verslavingsproblemen

REGISTRATIEFORMULIER

Naam van de organisatie:

Datum:

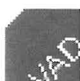
Persoonsgegevens patiënt

Volgnummer Leeftijd Geslacht

Anamnese middelengebruik

Misbruikte middelen*:		**Leeftijd eerste gebruik:**
- Alcohol		
- Amfetamines		
- Opiaten		
- Cocaïne		
- Cannabis		
- GHB		
- Tranquilizers		
- Andere:		

** Vul 1in bij het belangrijkste misbruikte product, 2 bij het tweede en 3 bij het derde.*



Anamnese behandeling

Al eerder onderzocht voor ADHD? ☐ JA ☐ NEEN

Zo ja: wanneer? [ ]

Al eerder behandeld voor ADHD? ☐ JA ☐ NEEN

Zo ja: van [ ] tot [ ]

Instelling: [ ]

Huisarts: [ ]

Psychiater: [ ]

Reeds medicatie genomen?

Zo ja: van [ ] tot [ ]

Welk geneesmiddel + dosering? [ ]

Indien gestopt, reden:

- ☐ Onvoldoende effect
- ☐ Bijwerkingen
- ☐ Geldgebrek
- ☐ Misbruik van medicatie
- ☐ Terugval in middelengebruik
- ☐ Anders: [ ]

Al eerder behandeld voor alcohol/drugs? ☐ JA ☐ NEEN

Indien ja:

- ☐ Ambulant
  - Wanneer? [ ]
  - Instelling: [ ]
- ☐ Residentieel
  - Wanneer? [ ]
  - Instelling: [ ]

Screening

Patiënt niet gestabiliseerd qua middelengebruik

Datum: ☐

Discipline afnemer: ☐

Is patiënt abstinent? ☐ JA ☐ NEEN

Zo ja, hoe lang? ☐

Zo neen, welk(e) product(en) worden nog gebruikt? ☐

Gebruikte instrument:

- ☐ ASRS-screener
- ☐ Zelfrapportage vragenlijst
- ☐ CAARS-screener
- ☐ Barkley's Quick Check
- ☐ Anders: ☐

Screeningsresultaat: ☐ Positief ☐ Negatief

Tweede screening uitgevoerd na stabilisering ? ☐ JA ☐ NEEN

Zo nee, waarom niet?

- ☐ Patiëntfactor (weigert, is weg, is niet in staat)
- ☐ Organisatiefactor (te weinig tijd, vergeten, ...)

Patiënt gestabiliseerd qua middelengebruik

Datum: ☐

Discipline afnemer: ☐

Is patiënt abstinent? ☐ JA ☐ NEEN

Zo ja, hoe lang? ☐

Zo neen, welk(e) product(en) worden nog gebruikt? ☐

Gebruikte instrument:

- ☐ ASRS-screener
- ☐ Zelfrapportage vragenlijst
- ☐ CAARS-screener
- ☐ Barkley's Quick Check
- ☐ Anders: ☐

Screeningsresultaat: ☐ Positief ☐ Negatief

Tweede screening uitgevoerd na stabilisering ? ☐ JA ☐ NEEN

Zo nee, waarom niet?

- ☐ Patiëntfactor (weigert, is weg, is niet in staat)
- ☐ Organisatiefactor (te weinig tijd, vergeten, ...)

Diagnostiek

Datum: ____

Discipline afnemer: ____

Is patiënt abstinent? ☐ JA ☐ NEEN

Zo ja, hoe lang? ____

Zo neen, welk(e) product(en) worden nog gebruikt? ____

Welk(e) diagnostisch(e) instrument(en) werd gebruikt?

☐ Vragenlijst

- ☐ Brown Attention Deficit Disorder Scale (BADDS)
- ☐ Wender Utah Rating Scale (WURS)
- ☐ Adult Self Report Scale (ASRS)
- ☐ Barkley's Current Symptoms Scale - Self Report
- ☐ Attention Deficit Scales for Adults (ADSA)
- ☐ Conners Adult ADHD Rating Scales (CAARS)
- ☐ Anders: ____

☐ Diagnostisch interview

- ☐ Diagnostisch Interview voor ADHD bij Volwassenen (DIVA)
- ☐ Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for the DSM-IV (CAADID)
- ☐ Anders: ____

Werd er een heteroanamnese afgenomen en van wie? (kan ook telefonisch)

☐ Huidige symptomen

Wie werd bevraagd? ____

Waarom niet? ____

☐ Symptomen kindertijd

Wie werd bevraagd? ____

Waarom niet? ____

☐ Objectieve info

Wie werd bevraagd? ____

Waarom niet? ____

Werden volgende aspecten in rekening gebracht?

Familiale anamnese	☐ JA	☐ NEEN
Geslachtsspecifieke kenmerken	☐ JA	☐ NEEN
Culturele achtergrond	☐ JA	☐ NEEN
Sociaal economische status	☐ JA	☐ NEEN
Huidig middelengebruik	☐ JA	☐ NEEN
Vroeger middelengebruik	☐ JA	☐ NEEN



Werd de patiënt onderzocht op de aanwezigheid van volgende stoornissen?

Stemmingsstoornis	☐ JA	☐ NEEN	☐ Stoornis aanwezig
Angststoornis	☐ JA	☐ NEEN	☐ Stoornis aanwezig
Psychose	☐ JA	☐ NEEN	☐ Stoornis aanwezig
Autisme SS	☐ JA	☐ NEEN	☐ Stoornis aanwezig
OCD	☐ JA	☐ NEEN	☐ Stoornis aanwezig
Persoonlijkheidsstoornis	☐ JA	☐ NEEN	☐ Stoornis aanwezig
Neurologische aandoening	☐ JA	☐ NEEN	☐ Stoornis aanwezig
Mentale handicap	☐ JA	☐ NEEN	☐ Stoornis aanwezig
Andere: ______			☐ Stoornis aanwezig

Diagnoseresultaat: ☐ ADHD ☐ Geen ADHD

Behandeling

Datum:

Discipline behandelaar:

Is patiënt abstinent? ☐ JA ☐ NEEN

Zo ja, hoe lang?

Zo neen, welk(e) product(en) worden nog gebruikt?

Welke behandeling werd opgestart?

☐ Medicamenteus ☐ Niet-medicamenteus ☐ Combinatie van beide

Welke medicatie werd voorgeschreven?

☐ Atomoxetine (Strattera) Dosering:

Patiënt neemt de medicatie: ☐ Niet ☐ Zelden ☐ Soms ☐ Vaak ☐ Meestal ☐ Altijd

☐ Methylfenidaat (kw): Rilatine Dosering:

Patiënt neemt de medicatie: ☐ Niet ☐ Zelden ☐ Soms ☐ Vaak ☐ Meestal ☐ Altijd

☐ Methylfenidaat (lw):Concerta Dosering:

Patiënt neemt de medicatie: ☐ Niet ☐ Zelden ☐ Soms ☐ Vaak ☐ Meestal ☐ Altijd

☐ Methylfenidaat (lw): Rilatine MR Dosering:

Patiënt neemt de medicatie: ☐ Niet ☐ Zelden ☐ Soms ☐ Vaak ☐ Meestal ☐ Altijd

☐ Bupropion: Wellbutrin Dosering:

Patiënt neemt de medicatie: ☐ Niet ☐ Zelden ☐ Soms ☐ Vaak ☐ Meestal ☐ Altijd

☐ Imipramine: Tofranil Dosering:

Patiënt neemt de medicatie: ☐ Niet ☐ Zelden ☐ Soms ☐ Vaak ☐ Meestal ☐ Altijd

☐ Anders: Dosering:

Patiënt neemt de medicatie: ☐ Niet ☐ Zelden ☐ Soms ☐ Vaak ☐ Meestal ☐ Altijd

Werd de medicatie gestaakt?

☐ JA ☐ NEEN

Zo ja: Datum:
Reden:

☐ Last van bijwerkingen

☐ Gebrek aan motivatie

☐ Terugval in middelenmisbruik

☐ Geen actieve bijdrage aan de rest van de behandeling

☐ Anders:

Werd de medicatie herstart ?

☐ JA ☐ NEEN

Zo ja: Datum: [ ]

Welke medicatie? (bij herstart)

☐ Atomoxetine (Strattera) Dosering: [ ]

Patiënt neemt de medicatie: ☐ Niet ☐ Zelden ☐ Soms ☐ Vaak ☐ Meestal ☐ Altijd

☐ Methylfenidaat (kw): Rilatine Dosering: [ ]

Patiënt neemt de medicatie: ☐ Niet ☐ Zelden ☐ Soms ☐ Vaak ☐ Meestal ☐ Altijd

☐ Methylfenidaat (lw):Concerta Dosering: [ ]

Patiënt neemt de medicatie: ☐ Niet ☐ Zelden ☐ Soms ☐ Vaak ☐ Meestal ☐ Altijd

☐ Methylfenidaat (lw): Rilatine MR Dosering: [ ]

Patiënt neemt de medicatie: ☐ Niet ☐ Zelden ☐ Soms ☐ Vaak ☐ Meestal ☐ Altijd

☐ Bupropion: Wellbutrin Dosering: [ ]

Patiënt neemt de medicatie: ☐ Niet ☐ Zelden ☐ Soms ☐ Vaak ☐ Meestal ☐ Altijd

☐ Imipramine: Tofranil Dosering: [ ]

Patiënt neemt de medicatie: ☐ Niet ☐ Zelden ☐ Soms ☐ Vaak ☐ Meestal ☐ Altijd

☐ Anders: [ ] Dosering: [ ]

Patiënt neemt de medicatie: ☐ Niet ☐ Zelden ☐ Soms ☐ Vaak ☐ Meestal ☐ Altijd

Werd ook deze medicatie gestaakt?

☐ JA ☐ NEEN

Zo ja: Datum: [ ]

Reden:

☐ Last van bijwerkingen

☐ Gebrek aan motivatie

☐ Terugval in middelenmisbruik

☐ Geen actieve bijdrage aan de rest van de behandeling

☐ Anders: [ ]

Welke van volgende therapieën werd aangeboden?

Psycho-educatie	☐ JA	☐ NEEN
Individuele coaching	☐ JA	☐ NEEN
Cognitieve gedragstherapie	☐ JA	☐ NEEN
Vaardigheidstraining	☐ JA	☐ NEEN
Peer-support	☐ JA	☐ NEEN
Betrekken van het systeem	☐ JA	☐ NEEN
Andere psychotherapie	☐ JA	☐ NEEN

Welke? ☐

Hoe schat u het effect van de ADHD behandeling in? Geef een cijfer van 1 tot 5 (waarbij 1 staat voor weinig effect en 5 voor veel effect)

Effect op de ADHD symptomen	☐
Effect op het verslavingsgedrag	☐
Effect op de retentie in de behandeling	☐

Bijlage 7: Adult Self-Report Scale (ASRS) versie 1.1

VAD

Bent u een volwassen ADHD-patiënt?
De onderstaande vragen kunnen u helpen om deze vraag te beantwoorden.

Vele volwassenen lijden van aandachtsproblemen, impulsiviteit en hyperactiviteit (ADHD), maar zijn zich daarvan niet bewust. Wat is de oorzaak? De symptomen worden vaak verkeerd geïnterpreteerd als symptomen van stress. Indien u meent dat u bijna uw hele leven deze frustraties hebt ervaren, is het mogelijk dat u lijdt van volwassen ADHD, een stoornis waarvoor uw dokter de diagnose kan stellen en die kan worden behandeld.

De onderstaande vragenlijst is een beginpunt om u te helpen de tekenen of symptomen van volwassen ADHD te herkennen, maar is niet bedoeld als een vervanging voor een consultatie met een arts of psychiater. **Een nauwkeurige diagnose kan uitsluitend worden gesteld op basis van een klinische evaluatie.** Indien u vragen hebt over een diagnose en behandeling van volwassen ADHD, bespreek deze dan met uw arts, ongeacht de resultaten van deze vragenlijst.

Deze vragenlijst, Adult Self-Report Scale-V1.1 (ASRS-V1.1), is bedoeld voor personen die ten minste 18 jaar oud zijn.

Vragenlijst over ADHD bij volwassenen – versie 1.1 (ASRS: Adult Self-Report Scale)

op basis van Composite International Diagnostic Interview van de WHO
© Wereldgezondheidsorganisatie

Datum

Vink het vakje aan dat uw gemoedstoestand en gedrag over de afgelopen 6 maanden het best weergeeft. Geef de ingevulde vragenlijst aan uw arts tijdens de volgende afspraak om de resultaten te bespreken.	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Zeer vaak
1. Hoe vaak hebt u problemen om de details van een project af te handelen, nadat u de meest interessante onderdelen van het project hebt voltooid?					
2. Hoe vaak hebt u problemen om een complexe taak goed te organiseren?					
3. Hoe vaak hebt u problemen om zich afspraken of verplichtingen te herinneren?					
4. Hoe vaak vermijdt u een taak of stelt u een taak uit, indien voor deze taak goed moet worden nagedacht?					
5. Hoe vaak gebeurt het dat u uw handen en voeten niet stil kunt houden wanneer u een lange tijd moet blijven zitten?					
6. Hoe vaak voelt u zich overactief en gedreven om iets te doen alsof u door een motor wordt aangedreven?					

Maak de som van de vinkjes in de donker gekleurde kolommen. Vier (4) of meer vinkjes wijzen op symptomen die ook de symptomen van volwassen ADHD kunnen zijn. Wellicht is het aangewezen dat u met een arts over een evaluatie praat.

De 6 vragen van de vragenlijst met score voor volwassenen, versie 1.1 (ASRS-V1.1) zijn een onderdeel van de 18 vragen van de controlelijst over de symptomen, genaamd vragenlijst over ADHD bij volwassenen, versie 1.1 (Adult ASRS-V1.1), van de Wereldgezondheidsorganisatie.

AT28491 GEDRUKT IN DE USA. 3000054636 0903500 ASRS-V1.1 VRAGENLIJST. COPYRIGHT © 2003 Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Herdrukt met de toestemming van de WHO. Alle rechten voorbehouden.

Het belang van opsporing van ADHD bij volwassenen

Onderzoeken suggereren dat de symptomen van ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder of aandachtsproblemen, impulsiviteit en hyperactiviteit) ook zichtbaar kunnen blijven nadat het kind volwassen is geworden, en belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de relatie, de loopbaan en zelfs voor de veiligheid van de patiënten.[1-4] Aangezien de stoornis vaak niet op de juiste manier wordt begrepen, worden veel patiënten niet op de aangewezen wijze behandeld en kunnen daarom niet ten volle gebruik maken van hun mogelijkheden. Het probleem is gedeeltelijk te wijten aan het feit dat, in het bijzonder bij volwassenen, de diagnose moeilijk te stellen is.

Het Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1), een vragenlijst voor volwassenen met ADHD, en het scoresysteem zijn ontwikkeld met de medewerking van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de studiegroep voor ADHD bij volwassenen waarvan de onderstaande psychiaters en onderzoekers deel uitmaakten:

Lenard Adler, MD
Professor in psychiatrie en neurologie, verbonden aan
New York University Medical School

Ronald Kessler, PhD
Professor aan de afdeling voor gezondheidszorgbeleid van de
Harvard Medical School

Lenard Adler, MD
Professor in psychiatrie, verbonden aan
Harvard Medical School

U kunt als geneeskundige het ASRS v1.1 gebruiken om de diagnose te helpen stellen voor volwassen patiënten met ADHD. Het inzicht dat u met deze opsporingsmethode verwerft, kan suggereren dat een meer diepgaand gesprek met de patiënt noodzakelijk is. De vragen in het ASRS v1.1 voldoen aan de DSM-IV-criteria en gaan over de uiting van ADHD-symptomen bij volwassenen. De inhoud van de vragenlijst is een weergave van het belang dat in DSM-IV wordt gehecht aan symptomen, problemen en voorgeschiedenis om tot een juiste diagnose te komen.

De vragenlijst kan in minder dan 5 minuten worden ingevuld en kan belangrijke extra informatie geven voor de diagnose.

Literatuur:

1. Schweitzer, J.B., Cummins, T.K., Kant, C.A. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Med Clin North Am.* 2001;85(3):10-11, 757-777.
2. Barkley, R.A. *Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment (2nd ed.).* 1998.
3. Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A, et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with ADHD. *Am J Psychiatry.* 1993:150:1792-1798.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed., text revision).* Washington, DC. 2000:85-93.

Bijlage 8: Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) Symptom Checklist Instructies

VAD

Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) Symptom Checklist
Instructies

De vragen op de volgende pagina zijn bedoeld om een dialoog tussen U en uw patiënten op gang te brengen en om te helpen bevestigen of een patiënt voldoet aan symptomen van ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, oftewel 'aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit').

Omschrijving: De symptoomlijst voor ADHD-symptomen is een diagnostisch hulpmiddel waarin de achttien DSM-IV-TR-criteria zijn opgenomen. Van zes van de achttien vragen is aangetoond dat ze het best voorspellen of een patiënt symptomen vertoont die overeenkomen met deze van ADHD. Deze zes vragen vormen deel A van de symptoomlijst voor ADHD-symptomen en vormen tevens de basis van de ASRS-vragenlijst t.b.v. de screening (versie 1.1). Deel B van de symptoomlijst bestaat uit de overige twaalf vragen.

Instructies:

Symptomen

1. Vraag de patiënt om zowel deel A als deel B van de symptoomlijst in te vullen door een kruisje te zetten in het vakje dat het beste weergeeft hoe vaak hij of zij het betreffende symptoom heeft.

2. Scoor deel A. Als er vier of meer kruisjes staan in de donkergekleurde vakjes in deel A, dan vertoont de patiënt symptomen die in hoge mate overeenkomen met ADHD bij volwassenen. Verder klinisch onderzoek is dan aangewezen.

3. De scores van deel B leveren extra aanwijzingen op en kunnen worden gebruikt om beter inzicht te krijgen in de symptomen van de patiënt. Let voornamelijk op kruisjes in de donkergekleurde vakjes. Voor bepaalde vragen is de score sensitiever dan voor andere vragen. De twaalf vragen in deel B worden niet gebruikt voor een totaalscore of leveren geen diagnostische waarschijnlijkheid. Het is gebleken dat de zes vragen in deel A het best voorspellen of de patiënt de aandoening heeft en daarom wordt bij voorkeur deel A gebruikt als screening-instrument.

Beperkingen

1. Bespreek de volledige symptoomlijst met uw patiënt en beoordeel in welke mate elk symptoom tot beperkingen leidt.

2. Besteed aandacht aan de werk- of schoolomgeving, het sociale leven en het gezinsleven van de patiënt.

3. Aangezien de <u>frequentie</u> waarmee een symptoom optreedt vaak verband houdt met de <u>ernst</u> van het symptoom kan de symptoomlijst ook nuttig zijn bij het beoordelen van de beperkingen. Als de symptomen van uw patiënt vaak voorkomen kan U hem/haar vragen om te beschrijven in welke mate deze invloed hebben op zijn/haar vermogen om te werken, om zaken thuis te regelen of om goed op te schieten met anderen, zoals de partner of een belangrijk steunfiguur.

Voorgeschiedenis

1. Beoordeel of deze symptomen of vergelijkbare symptomen optraden in de jeugd. Niet alle volwassenen met ADHD zijn formeel gediagnosticeerd met deze aandoening in hun jeugd. Zoek bij het beoordelen van de voorgeschiedenis van de patiënt naar aanwijzingen voor vroeg-optredende en lang-aanhoudende aandachtsproblemen of problemen met betrekking tot zelfbeheersing. De patiënt moet enkele significante symptomen in de jeugd vertoond hebben, maar het is niet noodzakelijk dat alle symptomen aanwezig waren.

Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) Symptom Checklist

Naam patiënt		Datum					
Gelieve onderstaande vragen te beantwoorden door aan te geven hoe vaak U het symptoom in kwestie hebt. Zet een kruisje in het vakje aan de rechterzijde dat uw gevoel en gedrag gedurende de afgelopen zes maanden het beste weergeeft. Gelieve de ingevulde vragenlijst af te geven aan de hulpverlener om deze te bespreken.			Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Zeer vaak
1. Hoe vaak hebt U moeite om de laatste details van een taak af te werken nadat U de meest boeiende delen ervan al hebt voltooid?							
2. Hoe vaak hebt U problemen om de dingen goed op een rijtje te zetten als U een complexe taak moet organiseren?							
3. Hoe vaak hebt U moeite om afspraken of verplichtingen te onthouden?							
4. Hoe vaak vermijdt U een taak of stelt U een taak uit als U hiervoor veel moet nadenken?							
5. Hoe vaak wriemelt U met uw handen of voeten of kan U deze niet stil houden wanneer U een lange tijd moet blijven zitten?							
6. Hoe vaak voelt U zich overactief en gedwongen om dingen te doen, alsof U door een motor wordt aangedreven?							
							Deel A
7. Hoe vaak maakt U fouten door slordigheid wanneer U een saaie of moeilijke opdracht moet uitvoeren?							
8. Hoe vaak hebt U het moeilijk om uw aandacht erbij te houden wanneer U werk moet verrichten dat saai is of waarin veel herhaling zit?							
9. Hoe vaak hebt U het moeilijk zich te concentreren op wat mensen tegen U zeggen, zelfs wanneer ze zich rechtstreeks tot U richten?							
10. Hoe vaak legt U dingen verloren of hebt U moeite om dingen terug te vinden, thuis of op het werk?							
11. Hoe vaak wordt U afgeleid door activiteiten of lawaai in uw omgeving?							
12. Hoe vaak staat U eens recht tijdens bijeenkomsten of in andere situaties waar van U wordt verwacht dat U blijft zitten?							
13. Hoe vaak voelt U zich rusteloos of kan U zich niet stil houden?							
14. Hoe vaak hebt U moeite om tot rust te komen en U te ontspannen wanneer U tijd voor uzelf hebt?							
15. Hoe vaak komt het voor dat U teveel praat in sociale situaties?							
16. Wanneer U zich in een conversatie bevindt, hoe vaak komt het voor dat U de zinnen van uw gesprekspartner zelf afmaakt vóór hij of zij dat zelf kan doen?							
17. Hoe vaak hebt U het moeilijk om uw beurt af te wachten in situaties waarin dit vereist is?							
18. Hoe vaak stoort U andere mensen wanneer zij met iets bezig zijn?							
							Deel B

Belang van het screenen van ADHD bij volwassenen

Onderzoek wijst erop dat de symptomen van ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ofwel 'aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit') kunnen blijven bestaan in de volwassenheid met aanzienlijke gevolgen voor relaties, de loopbaan en zelfs de eigen veiligheid van diegenen die de aandoening hebben [1-4]. Omwille van het gegeven dat deze aandoening niet steeds goed wordt onderkend, krijgen veel patiënten met ADHD niet steeds de aangewezen behandeling. Daardoor kunnen zij niet ten volle gebruik maken van hun mogelijkheden. Het probleem is gedeeltelijk te wijten aan het feit dat de diagnose niet eenvoudig te stellen is, vooral niet bij volwassenen.

Deze symptoomlijst voor ADHD-symptomen bij volwassenen (de ASRS- versie 1.1) is ontwikkeld in samenwerking met de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de studiegroep voor ADHD bij volwassenen, die onder meer bestaat uit de onderstaande psychiaters en onderzoekers:

Lenard Adler, MD
Associate Professor of Psychiatry and Neurology
New York University Medical School

Ronald C. Kessler, PhD
Professor, Department of Health Care Policy
Harvard Medical School

Thomas Spencer, MD
Associate Professor of Psychiatry
Harvard Medical School

Als professionele hulpverlener kan U de ASRS-v 1.1 gebruiken als hulpmiddel om ADHD bij volwassen patiënten op te sporen. Het resultaat van de screening kan een aanwijzing zijn dat een uitgebreider klinisch interview met de patiënt noodzakelijk is. De vragen van de ASRS-v 1.1 peilen naar de DSM-IV-criteria en hebben betrekking op uitingen van ADHD-symptomen bij volwassenen. De inhoud van de vragenlijst is een weergave van het belang dat DSM-IV hecht aan de symptomen, de mate van beperking en de voorgeschiedenis van de patiënt om tot een juiste diagnose te komen[4].

De symptoomlijst kan in ongeveer vijf minuten worden ingevuld en kan belangrijke aanvulling zijn op het diagnostische proces rond ADHD in de volwassenheid.

Literatuur:

1. Schweitzer JB, et al. Med Clin North Am. 2001;85(3):10-I I, 757-777.
2. Barkley RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 2nd ed. 1998.
3. Biederman J, et al. Am J Psychiatry, 1993:150:1792-1798.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association. 2000:85-93.

Bijlage 9: Zelf-rapportage vragenlijst over aandachtsproblemen en hyperactiviteit voor volwassenheid en kindertijd

VAD

Zelf-rapportage vragenlijst over aandachtsproblemen en hyperactiviteit voor volwassenheid en kindertijd

J.J.S. Kooij en J.K. Buitelaar, © 1997

Naam: .... Patiëntnr...............

Geboortedatum: ....../ ....../ .... Datum: ....../ ..../ ......

Omcirkel het getal dat het beste uw gedrag van de afgelopen zes maanden beschrijft. Steeds één score aangeven (0, 1, 2 óf 3).

0 = nooit of zelden	**1** = soms	**2** = vaak	**3** = erg vaak

1.	Ik let onvoldoende op details bij mijn werk.	0	1	2	3
2.	Wanneer ik zit, friemel ik met mijn handen of voeten.	0	1	2	3
3.	Ik maak slordige fouten in mijn werk.	0	1	2	3
4.	Ik zit te wiebelen en te draaien in mijn stoel.	0	1	2	3
5.	Wanneer ik met iets bezig ben, kan ik er met mijn aandacht slecht bij blijven.	0	1	2	3
6.	Ik sta snel op van mijn stoel in situaties waarin verwacht wordt dat ik netjes blijf zitten.	0	1	2	3
7.	Ik luister slecht wanneer anderen iets tegen mij zeggen.	0	1	2	3
8.	Ik voel me rusteloos.	0	1	2	3
9.	Ik verveel me snel.	0	1	2	3
10.	Ik heb moeite aanwijzingen op te volgen.	0	1	2	3
11.	Karweitjes of werk waar ik aan begin, maak ik niet af.	0	1	2	3
12.	Ik kan me moeilijk ontspannen in mijn vrije tijd.	0	1	2	3
13.	In mijn vakantie of vrije tijd zoek ik een omgeving met drukte en lawaai.	0	1	2	3
14.	Ik kan mijn bezigheden of taken moeilijk organiseren.	0	1	2	3
15.	Ik ben voortdurend 'in de weer', alsof ik 'door een motor word aangedreven'.	0	1	2	3
16.	Ik probeer onder bezigheden uit te komen waarop ik me langere tijd moet concentreren.	0	1	2	3
17.	Ik praat aan één stuk door.	0	1	2	3
18.	Ik raak dingen kwijt die ik nodig heb voor taken of bezigheden.	0	1	2	3
19.	Ik geef antwoord voordat vragen zijn afgemaakt.	0	1	2	3
20.	Ik ben snel afgeleid.	0	1	2	3
21.	Ik vind het moeilijk op mijn beurt te wachten.	0	1	2	3
22.	Ik ben vergeetachtig bij alledaagse bezigheden.	0	1	2	3
23.	Ik onderbreek anderen of val ze in de rede.	0	1	2	3

Wilt u alstublieft ook de vragen aan de achterkant van dit formulier beantwoorden?

De volgende vragen gaan over dezelfde kenmerken, maar nu in de kindertijd. Omcirkel het getal dat het beste uw gedrag als kind (0-12 jaar) beschrijft. Steeds één score aangeven (0, 1, 2 óf 3).

0 = nooit of zelden	**1** = soms	**2** = vaak	**3** = erg vaak

1. Ik lette onvoldoende op details bij schoolwerk.	0	1	2	3
2. Ik friemelde met handen of voeten.	0	1	2	3
3. Ik maakte slordige fouten in schoolwerk.	0	1	2	3
4. Ik zat te wiebelen en te draaien op de stoel.	0	1	2	3
5. Ik kon de aandacht slecht bij bezigheden houden.	0	1	2	3
6. Ik stond snel op van m'n stoel in situaties waarin verwacht werd dat ik netjes bleef zitten.	0	1	2	3
7. Ik luisterde slecht wanneer anderen iets zeiden.	0	1	2	3
8. Ik voelde me rusteloos.	0	1	2	3
9. Ik verveelde me snel.	0	1	2	3
10. Ik had moeite aanwijzingen op te volgen.	0	1	2	3
11. Ik begon aan karweitjes of werk, maar maakte ze niet af.	0	1	2	3
12. Ik kon me moeilijk ontspannen.	0	1	2	3
13. Ik had moeite rustig te spelen.	0	1	2	3
14. Ik kon bezigheden of taken moeilijk organiseren.	0	1	2	3
15. Ik was voortdurend 'in de weer', als 'door een motor aangedreven'.	0	1	2	3
16. Ik probeerde onder bezigheden uit te komen waarop ik me langere tijd moest concentreren.	0	1	2	3
17. Ik praatte aan één stuk door.	0	1	2	3
18. Ik raakte dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden.	0	1	2	3
19. Ik gaf antwoord voordat vragen waren afgemaakt.	0	1	2	3
20. Ik was snel afgeleid.	0	1	2	3
21. Ik vond het moeilijk op mijn beurt te wachten.	0	1	2	3
22. Ik was vergeetachtig bij alledaagse bezigheden.	0	1	2	3
23. Ik onderbrak anderen of viel ze in de rede.	0	1	2	3

Bedankt voor het invullen!

Pat Nr:......

Criterium DSM-IV	Scorings-formulier, *kindertijd en volwassenheid.* **Zelfrapportage** Vragenlijst over Aandachtsproblemen en Hyperactiviteit	Kind:		Volw.:	
		Ja	Nee	Ja	Nee
1a	Vraag 1 of vraag 3 = score ≥ 2.				
1b	Vraag 5 = score ≥ 2.				
1c	Vraag 7 = score ≥ 2.				
1d	Vraag 10 of vraag 11 = score ≥ 2.				
1e	Vraag 14 = score ≥ 2.				
1f	Vraag 16 = score ≥ 2.				
1g	Vraag 18 = score ≥ 2.				
1h	Vraag 20 = score ≥ 2.				
1i	Vraag 22 = score ≥ 2.				
2a	Vraag 2 of vraag 4 = score ≥ 2.				
2b	Vraag 6 = score ≥ 2.				
2c	Vraag 8 of vraag 9 = score ≥ 2.				
2d	Vraag 12 of vraag 13 = score ≥ 2.				
2e	Vraag 15 = score ≥ 2.				
2f	Vraag 17 = score ≥ 2.				
2g	Vraag 19 = score ≥ 2.				
2h	Vraag 21 = score ≥ 2.				
2i	Vraag 23 = score ≥ 2.				

Score kindertijd:		Ja	Nee
A: .... / 9 kenmerken	Is het aantal A kenmerken ≥ 6 ?		
H/I: .... / 9 kenmerken	Is het aantal H/I kenmerken ≥ 6 ?		
Score volwassenheid:		**Ja**	**Nee**
A: .... / 9 kenmerken	Is het aantal A kenmerken ≥ 6 ?		
H/I: .... / 9 kenmerken	Is het aantal H/I kenmerken ≥ 6 ?		

De 'Zelfrapportage Vragenlijst over aandachtsproblemen en hyperactiviteit' is gebaseerd op de DSM-IV criteria voor ADHD (APA, 1994), door J.J.S. Kooij en J.K. Buitelaar, © 1997. Het afkappunt voor ADHD in de DSM-IV is voor de kindertijd vastgesteld op 6 van 9 criteria; over het precieze afkappunt voor adolescenten en volwassenen doet de DSM-IV geen uitspraak. Er zijn aanwijzingen uit onderzoek dat het afkappunt voor de symptomen in de volwassenheid lager ligt dan in de kindertijd, vanaf 4 van 9 criteria. Ref.: Kooij et al., 2005. Internal and external validity of attention-defiicit/hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. Psychological Medicine, 35:817-827.

Bijlage 10: Diagnostisch Interview voor ADHD bij volwassenen (DIVA)

J.J.S. Kooij & M. H. Francken (2007)

VAD

Inleiding

Voor de diagnose ADHD bij volwassenen gaat het volgens de DSM-IV om: Een begin in de kindertijd en levenslang voortduren van voldoende kenmerken van Aandachtstekort en/of Hyperactiviteit-Impulsiviteit, met disfunctioneren op meerdere belangrijke levensterreinen (1).

Aanvang van de symptomen, beloop en disfunctioneren worden retrospectief vastgesteld op basis van een klinisch interview, zo mogelijk aangevuld met hetero-anamnestische informatie (2).

Het Diagnostisch Interview voor ADHD bij volwassenen (*DIVA)* is gebaseerd op de DSM-IV criteria en is het eerste gestructureerde Nederlandse interview voor ADHD bij volwassenen. De DIVA is ontwikkeld door J.J.S. Kooij en M.H. Francken en is de opvolger van het eerdere Semi-Gestructureerde Interview voor ADHD bij volwassenen (2, 3). Om de beoordeling van de aan- of afwezigheid van elk criterium in kindertijd zowel als volwassenheid te vergemakkelijken, worden er steeds concrete voorbeelden voor beide levensfasen gegeven. De voorbeelden zijn gebaseerd op de klinische ervaring van team ADHD bij volwassenen van PsyQ te Den Haag. Ook van het disfunctioneren door de symptomen in het dagelijks leven worden op 5 terreinen concrete voorbeelden gegeven. De DIVA kan worden afgenomen bij volwassenen in aanwezigheid van partner en familieleden, om zo anamnestische en hetero-anamnestische informatie gelijktijdig te kunnen beoordelen. De tijd die nodig is om de DIVA af te nemen bedraagt een tot anderhalf uur.

De DIVA behandelt uitsluitend de symptomen van ADHD. Bij kinderen zowel als volwassenen gaat ADHD in 75% van de gevallen gepaard met comorbide stoornissen. Daarom is het niet voldoende alleen ADHD vast te stellen, maar dient bij volwassen patiënten eventuele comorbiditeit met angststoornissen, depressie, bipolaire stoornissen, verslaving, slaapproblemen en persoonlijkheidsstoornissen eveneens te worden onderzocht. Dit is noodzakelijk voor de differentiaal diagnostiek van ADHD op volwassen leeftijd (2).

Instructies voor het afnemen van de DIVA

De DIVA bestaat uit 3 delen: de criteria voor Aandachtstekort (A1), de criteria voor Hyperactiviteit-Impulsiviteit (A2), en Aanvang van en Disfunctioneren door de symptomen, in kindertijd en volwassenheid.

Begin bij het eerste *DSM-IV criterium A1 (Aandachtstekort).* Vraag eerst naar de volwassenheid (≥ 6 maanden aanwezig), daarna naar de kindertijd (5 tot 12 jaar)(4-6). Lees het criterium helemaal voor, standaard gevolgd door het eerste voorbeeld. Het probleem moet *vaak* voorkomen, de voorbeelden kunnen helpen daarvan een beeld te vormen. Kruis de voorbeelden aan die patiënt herkent. Als patiënt andere voorbeelden passend bij het criterium noemt, geef die dan aan bij 'overig'. Herkent patiënt het criterium en eerste voorbeeld niet, loop dan alle voorbeelden langs. Patiënt hoeft niet persé veel voorbeelden te herkennen, het gaat erom dat de onderzoeker een beeld krijgt van de aan- of afwezigheid van het criterium.
Vraag per criterium of partner en familie het ermee eens zijn; de partner rapporteert doorgaans over de volwassenheid, de familie over de kindertijd. Als de antwoorden tegenstrijdig zijn geldt als vuistregel dat de patiënt de beste informant is (7). De informatie van partner en familie dient vooral als aanvulling op die van de patiënt. De onderzoeker neemt een klinisch besluit per criterium over de aan- of afwezigheid in beide levensfasen, na informatie van alle betrokkenen. Als geen hetero-anamnese kan worden verkregen wordt de diagnose gesteld op basis van de anamnese van patiënt. Eventueel beschikbare schoolrapporten kunnen helpen meer zicht te krijgen op symptomen die in de kindertijd in de klas zijn opgevallen en kunnen gebruikt worden ter ondersteuning van de diagnose.
Geef aan of de symptomen meer of vaker voorkomen en -kwamen dan bij leeftijdgenoten om de klinische relevantie in te schatten.

Ga door met het 2^{e} deel, *DSM-IV criterium A2 (Hyperactiviteit-Impulsiviteit)*, gevolgd door het 3^{e} deel, *Aanvang van en Disfunctioneren door de symptomen.* Ga na of patiënt de symptomen altijd heeft gehad, en zo ja, of er voor het 7^{e} jaar reeds *enkele* symptomen aanwezig waren. Indien het begin later was, geef aan op welke leeftijd. Lees vervolgens steeds de voorbeelden voor bij de gebieden waarop men kan disfunctioneren, eerst in de volwassenheid, dan in de kindertijd. Kruis aan welke voorbeelden

worden herkend en geef aan of het aantal gebieden waarop disfunctioneren wordt aangegeven 2 of meer bedraagt, in kindertijd zowel als volwassenheid.

Geef bij de *Samenvatting symptomen Aandachtstekort (A) en Hyperactiviteit-Impulsiviteit (HI)* aan welke criteria zijn gescoord in beide levensfasen, en tel het totaal aantal criteria op.
Geef tenslotte op het *Scoreformulier* aan of het aantal criteria van A en HI zes of meer bedragen, of er aanwijzingen zijn voor een levenslang beloop van symptomen en beperkingen, of de beperkingen zich uiten op minstens 2 terreinen en niet beter verklaard kunnen worden door een andere psychische stoornis. Geef aan of en in welke mate de hetero-anamnese(n) en eventuele schoolrapporten de diagnose ondersteunen. Concludeer uiteindelijk of de diagnose ADHD gesteld kan worden, en welk subtype (met DSM-IV code) van toepassing is.

Uitleg vooraf aan de patiënt

Met behulp van dit interview worden de symptomen van ADHD bij u onderzocht, zowel in de kindertijd als in de volwassenheid. De vragen zijn gebaseerd op de officiële criteria voor ADHD in de DSM-IV. Per criterium worden voorbeelden gegeven van hoe kinderen en volwassenen last kunnen hebben van de symptomen. Eerst worden de vragen aan u gesteld, daarna aan uw eventuele partner en familieleden. Uw partner kent u waarschijnlijk vanaf de volwassenheid en wordt gevraagd over die periode te vertellen, de familie heeft meer zicht op uw gedrag in de kindertijd. Beide levensfasen moeten in beeld worden gebracht om de diagnose ADHD te kunnen stellen.

Referenties

1. American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC, 1994
2. Kooij JJS: ADHD bij volwassenen. Inleiding in diagnostiek en behandeling. Lisse, Swets & Zeitlinger Publishers, 2003
3. Kooij JJS, Francken MH: Diagnostisch Interview voor ADHD (DIVA) bij volwassenen. Kenniscentrum ADHD bij volwassenen, PsyQ. Online beschikbaar via www.kenniscentrumadhdbijvolwassenen.nl, 2007
4. Applegate B, Lahey BB, Hart EL, Biederman J, Hynd GW, Barkley RA, Ollendick T, Frick PJ, Greenhill L, McBurnett K, Newcorn JH, Kerdyk L, Garfinkel B, Waldman I, Shaffer D: Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36(9):1211-21
5. Barkley RA, Biederman J: Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36(9):1204-10
6. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Mick E, Murray K, Petty C, Adamson JJ, Monuteaux MC: Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid? Am J Psychiatry 2006; 163(10):1720-9
7. Kooij JJS, Boonstra AM, Willemsen-Swinkels SHN, Bekker EM, Noord Id, Buitelaar JK: Reliability, validity, and utility of instruments for self-report and informant report regarding symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in adult patients. J Atten Disorders 2007

Naam patiënt	:
Geboortedatum	:
Geslacht	: M V
Datum afname	:
Naam onderzoeker	:
Patiëntnummer	:

Deel 1: Symptomen aandachtstekort (DSM-IV criterium A1)

⇨ Instructie vooraf: de symptomen op volwassen leeftijd moeten minstens 6 maanden aanwezig zijn. De symptomen in de kindertijd hebben betrekking op de leeftijd 5-12 jaar.

A1. Slaagt u er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details of maakt u achteloos fouten in uw werk of bij andere activiteiten?
En hoe was dit in de kindertijd?

Voorbeelden volwassenheid:
- ❑ Slordige fouten maken
- ❑ Langzaam moeten werken om fouten te voorkomen
- ❑ Instructies niet nauwkeurig lezen
- ❑ Slecht zijn in gedetailleerd werken
- ❑ Te veel tijd nodig hebben voor details
- ❑ Verzanden in details
- ❑ Te snel werken en daardoor fouten maken
- ❑ Overig: ....

Symptoom aanwezig: ja / nee

Voorbeelden kindertijd:
- ❑ Slordige fouten maken in schoolwerk
- ❑ Fouten maken door vragen niet goed te lezen
- ❑ Vragen onbeantwoord laten door niet goed lezen
- ❑ De achterzijde van een toets onbeantwoord laten
- ❑ Commentaar van leerkrachten over slordig werken
- ❑ Antwoorden van huiswerk niet controleren
- ❑ Te veel tijd nodig voor taken met veel details
- ❑ Overig: ....

Symptoom aanwezig: ja / nee

A2. *Heeft u vaak moeite de aandacht bij taken te houden?*
En hoe was dit in de kindertijd?

Voorbeelden volwassenheid:
- ❑ Niet lang de aandacht bij taken kunnen houden *
- ❑ Snel afgeleid zijn door eigen associaties/gedachten
- ❑ Moeite hebben een film uit te kijken of een boek te lezen *
- ❑ Snel ergens op uitgekeken zijn
- ❑ Vragen stellen over onderwerpen die al besproken zijn
- ❑ Overig: ....

** Tenzij het onderwerp als zeer interessant wordt ervaren (bv. computer of hobby)*

Symptoom aanwezig: ja / nee

Voorbeelden kindertijd:
- ❑ Moeilijk de aandacht bij schoolwerk kunnen houden
- ❑ Moeilijk de aandacht bij spel kunnen houden *
- ❑ Snel afgeleid zijn
- ❑ Moeite zich te concentreren *
- ❑ Veel structuur nodig hebben om niet te worden afgeleid
- ❑ Snel uitgekeken zijn op activiteiten
- ❑ Overig: ......

** Tenzij het onderwerp als zeer interessant wordt ervaren (bv. computerspel of hobby)*

Symptoom aanwezig: ja / nee

**A3. Lijkt u vaak niet te luisteren als u direct aangesproken wordt?
En hoe was dit in de kindertijd?**

Voorbeelden volwassenheid:	Voorbeelden kindertijd:
❑ Dromerig of afwezig zijn ❑ Moeite om zich te concentreren op een gesprek ❑ Achteraf niet weten waar een gesprek over ging ❑ Vaak het onderwerp van het gesprek veranderen ❑ Anderen zeggen dat je er met je gedachten niet bij bent ❑ Overig:	❑ Niet weten wat ouders/leerkrachten gezegd hebben ❑ Dromerig of afwezig zijn ❑ Pas luisteren bij oogcontact of stemverheffing ❑ Vaak opnieuw aangesproken moeten worden ❑ Vragen moeten herhaald worden ❑ Overig: ....
Symptoom aanwezig: ja / nee	**Symptoom aanwezig: ja / nee**

**A4. Volgt u aanwijzingen vaak niet op en slaagt u er vaak niet in karweitjes af te maken of verplichtingen op het werk na te komen?
En hoe was dit in de kindertijd (in schoolwerk in plaats van werk)?**

Voorbeelden volwassenheid:	Voorbeelden kindertijd:
❑ Dingen door elkaar doen zonder ze af te maken ❑ Moeite met dingen afmaken als het nieuwe eraf is ❑ Deadlines nodig hebben om taken af te maken ❑ Moeite administratie af te maken ❑ Moeite gebruiksaanwijzingen op te volgen ❑ Overig:	❑ Moeite hebben instructies op te volgen ❑ Moeite met opdrachten bestaande uit meerdere stappen ❑ Dingen niet afmaken ❑ Huiswerk niet afmaken of niet inleveren ❑ Veel structuur nodig om taken af te kunnen maken ❑ Overig: ....
Symptoom aanwezig: ja / nee	**Symptoom aanwezig: ja / nee**

**A5. Heeft u vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten?
En hoe was dit in de kindertijd?**

Voorbeelden volwassenheid:	Voorbeelden kindertijd:
❑ Moeite de dagelijkse dingen te plannen ❑ Huis en/of werkplek zijn rommelig ❑ Te veel plannen of niet efficiënt plannen ❑ Regelmatig dubbele afspraken maken ❑ Te laat komen ❑ Niet consequent een agenda kunnen gebruiken ❑ Inflexibel zijn door vasthouden aan schema's ❑ Slecht tijdsbesef ❑ Schema's maken en die niet gebruiken ❑ Anderen nodig hebben om zaken te structureren ❑ Overig:	❑ Moeite hebben om op tijd klaar te zijn ❑ Rommelige kamer / bureau ❑ Moeite om zelfstandig te spelen ❑ Moeite met het plannen van taken of huiswerk ❑ Dingen door elkaar doen ❑ Te laat komen ❑ Slecht tijdsbesef ❑ Moeite zichzelf te vermaken ❑ Overig: ......
Symptoom aanwezig: ja / nee	**Symptoom aanwezig: ja / nee**

A6. *Vermijdt u vaak (of heeft u een afkeer van of bent u onwillig u bezig te houden met) taken die een langdurige geestelijke inspanning vereisen?*
En hoe was dit in de kindertijd?

Voorbeelden volwassenheid:	Voorbeelden kindertijd:
❑ Eerst doen wat het makkelijkst of leukst is ❑ Saaie of lastige taken vaak uitstellen ❑ Taken uitstellen zodat deadlines gemist worden ❑ Monotoon werk zoals administratie vermijden ❑ Niet van lezen houden ❑ Vermijden van zaken die veel concentratie vragen ❑ Overig: ……..	❑ Huiswerk vermijden of hier een afkeer van hebben ❑ Weinig boeken lezen of geen zin in lezen ❑ Vermijden van zaken die veel concentratie vragen ❑ Afkeer van vakken die veel concentratie vragen ❑ Saaie of lastige taken vaak uitstellen ❑ Overig: ………
Symptoom aanwezig: ja / nee	**Symptoom aanwezig: ja / nee**

A7. *Raakt u vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden?*
En hoe was dit in de kindertijd?

Voorbeelden volwassenheid:	Voorbeelden kindertijd:
❑ Portefeuille, sleutels of agenda kwijtraken ❑ Regelmatig spullen laten liggen ❑ Papieren voor het werk kwijtraken ❑ Veel tijd kwijt met zoeken naar spullen ❑ In paniek als anderen dingen verplaatsen ❑ Spullen verkeerd opbergen ❑ Lijsten, telefoonnummers of notities kwijtraken ❑ Overig: ………	❑ Agenda's, pennen of gymspullen kwijtraken ❑ Kleding, speelgoed of huiswerk kwijtraken ❑ Veel tijd kwijt zijn met zoeken naar spullen ❑ In paniek als anderen dingen verplaatsen ❑ Commentaar ouders/leraar over spullen kwijt zijn ❑ Overig: ………
Symptoom aanwezig: ja / nee	**Symptoom aanwezig: ja / nee**

A8. *Wordt u vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels?*
En hoe was dit in de kindertijd?

Voorbeelden volwassenheid:	Voorbeelden kindertijd:
❑ Moeite zich af te sluiten voor externe prikkels ❑ Na afleiding moeilijk de draad weer oppakken ❑ Snel afgeleid door geluiden of gebeurtenissen ❑ Gesprekken van anderen meeluisteren ❑ Moeite informatie te filteren/selecteren ❑ Overig: ……..	❑ In de klas vaak naar buiten kijken ❑ Snel afgeleid door geluiden of gebeurtenissen ❑ Snel overprikkeld op verjaardag of sinterklaas ❑ Na afleiding moeilijk de draad weer oppakken ❑ Overig: ………
Symptoom aanwezig: ja / nee	**Symptoom aanwezig: ja / nee**

A9. *Bent u vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden?*
En hoe was dit in de kindertijd?

Voorbeelden volwassenheid:	Voorbeelden kindertijd:
❑ Afspraken of andere verplichtingen vergeten ❑ Sleutels, agenda etc. vergeten ❑ Vaak aan afspraken herinnerd moeten worden ❑ Terug naar huis moeten om vergeten spullen te halen ❑ Starre schema's om dingen niet te vergeten ❑ Vergeten in agenda te schrijven/kijken ❑ Overig: ………	❑ Afspraken of opdrachten vergeten ❑ Vaak aan dingen herinnerd moeten worden ❑ Halverwege een taak vergeten wat moest gebeuren ❑ Spullen voor school vergeten mee te nemen ❑ Spullen op school of bij vriendjes laten liggen ❑ Overig: ………
Symptoom aanwezig: ja / nee	**Symptoom aanwezig: ja / nee**

Aanvulling criterium A:
Volwassenheid: Heeft u de eerder genoemde symptomen van aandachtstekort meer of vaker dan anderen?

Ja / nee

Kindertijd: Had u de eerder genoemde symptomen van aandachtstekort meer of vaker dan andere kinderen van uw leeftijd?

Ja / nee

Deel 2: Symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit (DSM-IV criterium A2)

⇨ Instructie: de symptomen op volwassen leeftijd moeten minstens 6 maanden aanwezig zijn. De symptomen in de kindertijd hebben betrekking op de leeftijd 5-12 jaar.

H/I 1. Beweegt u vaak onrustig met handen of voeten of draait u vaak in uw stoel? En hoe was dit in de kindertijd?

Voorbeelden volwassenheid:	Voorbeelden kindertijd:
❑ Moeite met stilzitten ❑ Met de benen wiebelen ❑ Met een pen tikken of met iets spelen ❑ Nagels bijten of in haren friemelen ❑ Kan onrust beheersen, resulterend in spanning ❑ Overig:	❑ Ouders zeiden vaak "zit stil' of iets dergelijks ❑ Met de benen wiebelen ❑ Met een pen tikken of met iets spelen ❑ Nagels bijten of in haren friemelen ❑ Niet normaal op een stoel kunnen blijven zitten ❑ Kan onrust beheersen, resulterend in spanning ❑ Overig: ....
Symptoom aanwezig: ja / nee	**Symptoom aanwezig: ja / nee**

H/I 2. Staat u vaak op in situaties waarin verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten? En hoe was dit in de kindertijd?

Voorbeelden volwassenheid:	Voorbeelden kindertijd:
❑ Symposia, lezingen, kerk etc. vermijden ❑ Liever rondlopen dan zitten ❑ Nooit lang stilzitten, altijd in beweging zijn ❑ Gespannen vanwege moeite om stil te zitten ❑ Excuses verzinnen om te mogen lopen ❑ Overig:	❑ Tijdens het eten en/of op school vaak opstaan ❑ Zeer veel moeite om stil te kunnen zitten op school of tijdens maaltijden ❑ Erop gewezen worden om te blijven zitten ❑ Smoesjes verzinnen om even te kunnen lopen ❑ Overig: ......
Symptoom aanwezig: ja / nee	**Symptoom aanwezig: ja / nee**

H/I 3. Voelt u zich vaak rusteloos? En hoe was dit in de kindertijd?

Voorbeelden volwassenheid:	Voorbeelden kindertijd:
❑ Zich innerlijk onrustig of gejaagd voelen ❑ Steeds het gevoel hebben bezig te moeten zijn ❑ Zich moeilijk kunnen ontspannen ❑ Overig:	❑ Altijd aan het rennen ❑ Klimmen op meubels of springen op de bank ❑ In bomen klimmen ❑ Innerlijke rusteloosheid ❑ Overig: ....
Symptoom aanwezig: ja / nee	**Symptoom aanwezig: ja / nee**

H/I 4. Kunt u zich moeilijk rustig bezighouden met ontspannende activiteiten?
En hoe was dit in de kindertijd?

Voorbeelden volwassenheid:	Voorbeelden kindertijd:
❑ Praten bij activiteiten waarbij dit niet gepast is ❑ In gezelschap snel haantje de voorste zijn ❑ Luidruchtig zijn in allerlei situaties ❑ Activiteiten moeilijk rustig kunnen doen ❑ Moeite om zacht te praten ❑ Overig: ……..	❑ Luidruchtig zijn tijdens het spelen / in de klas ❑ Niet rustig naar TV of films kunnen kijken ❑ Opmerkingen rustiger/stiller te zijn ❑ Snel te druk zijn in gezelschap ❑ Overig: …..
Symptoom aanwezig: ja / nee	**Symptoom aanwezig: ja / nee**

H/I 5. Bent u vaak in de weer of draaft u maar door?
En hoe was dit in de kindertijd?

Voorbeelden volwassenheid:	Voorbeelden kindertijd:
❑ Altijd maar bezig zijn ❑ Veel energie hebben, altijd maar doorgaan ❑ Over eigen grenzen gaan ❑ Moeilijk los kunnen laten, doordraven/drammen ❑ Overig: ….	❑ Constant bezig zijn ❑ Opmerkelijk actief op school en thuis zijn ❑ Veel energie hebben ❑ Drammen, doordraven ❑ Overig: ……
Symptoom aanwezig: ja / nee	**Symptoom aanwezig: ja / nee**

H/I 6. Praat u vaak aan een stuk door?
En hoe was dit in de kindertijd?

Voorbeelden volwassenheid:	Voorbeelden kindertijd:
❑ Zo druk praten dat mensen het vermoeiend vinden ❑ Bekend staan als drukke prater ❑ Het moeilijk vinden om te stoppen met praten ❑ Neiging te veel te praten ❑ Anderen geen ruimte geven in een gesprek ❑ Veel woorden nodig hebben om iets te zeggen ❑ Overig: ……	❑ Bekend zijn als kletskous ❑ Leraren en ouders vragen vaak stil te zijn ❑ Opmerkingen in rapporten over veel praten ❑ Straf krijgen voor veel praten ❑ Anderen van schoolwerk afhouden door veel praten ❑ Anderen geen ruimte geven in een gesprek ❑ Overig: ……
Symptoom aanwezig: ja / nee	**Symptoom aanwezig: ja / nee**

H/I 7. Gooit u vaak het antwoord er al uit voordat vragen afgemaakt zijn?
En hoe was dit in de kindertijd?

Voorbeelden volwassenheid:	Voorbeelden kindertijd:
❑ Een flap-uit zijn, het hart op de tong hebben ❑ Dingen zeggen zonder na te denken ❑ Mensen antwoord geven voordat ze uitgepraat zijn ❑ Zinnen van anderen afmaken ❑ Tactloos zijn ❑ Overig: …….	❑ Een flap-uit zijn, dingen zeggen zonder nadenken ❑ Als eerste vragen willen beantwoorden op school ❑ 1e antwoord eruit flappen, ook al is dit fout ❑ Anderen onderbreken voordat de zin is afgemaakt ❑ Kwetsend overkomen ❑ Overig: ……..
Symptoom aanwezig: ja / nee	**Symptoom aanwezig: ja / nee**

H/I 8. Heeft u vaak moeite om op uw beurt te wachten? En hoe was dit in de kindertijd?	
Voorbeelden volwassenheid: ❑ Moeite met wachten in een rij, voordringen ❑ Moeite in verkeer / file geduldig te blijven ❑ Moeite om op beurt te wachten in gesprekken ❑ Ongeduldig zijn ❑ Snel relaties/banen aangaan of verbreken uit ongeduld ❑ Niet nadenken bij geld uitgeven ❑ Overig: ...... **Symptoom aanwezig: ja / nee**	Voorbeelden kindertijd: ❑ Moeite op beurt te wachten tijdens sport/spel ❑ Moeite op de beurt te wachten in de klas ❑ Altijd haantje de voorste zijn ❑ Snel ongeduldig zijn ❑ Oversteken zonder uitkijken ❑ Overig: .... **Symptoom aanwezig: ja / nee**

H/I 9. Verstoort u vaak bezigheden van anderen of dringt u zich op? En hoe was dit in de kindertijd?	
Voorbeelden volwassenheid: ❑ Zich snel bemoeien met anderen ❑ Anderen in de rede vallen ❑ Mensen ongevraagd storen in hun bezigheden ❑ Opmerkingen van anderen over bemoeizucht ❑ Moeite de grenzen van anderen te respecteren ❑ Over alles een mening hebben en dit direct uiten ❑ Overig: .... **Symptoom aanwezig: ja / nee**	Voorbeelden kindertijd: ❑ Inbreken in het spel van anderen ❑ Gesprekken van anderen onderbreken ❑ Op alles reageren ❑ Niet kunnen wachten ❑ Overig: .... **Symptoom aanwezig: ja / nee**

Aanvulling criterium A:
Volwassenheid: Heeft u de eerder genoemde symptomen van hyperactiviteit/impulsiviteit meer of vaker dan anderen?

Ja / nee

Kindertijd: Had u de eerder genoemde symptomen van hyperactiviteit/impulsiviteit meer of vaker dan andere kinderen van uw leeftijd?

Ja / nee

Deel 3: Disfunctioneren als gevolg van de symptomen (DSM-IV criteria B, C en D)

B. Heeft u de eerder genoemde symptomen van aandachtstekort en/of hyperactiviteit/impulsiviteit altijd al gehad?

Ja -> enkele symptomen waren aanwezig voor het 7^{e} levensjaar
Nee

Indien nee, begin vanaf ...... jaar

C. Op welke gebieden heeft u last (gehad) van de eerder genoemde symptomen?

Volwassenheid	Kindertijd en adolescentie
☐ **Werk / opleiding** ❑ Opleiding(en) nodig voor werk niet afgemaakt ❑ Werk beneden opleidingsniveau ❑ Snel op een werkplek uitgekeken ❑ Patroon van veel kortdurende banen ❑ Moeite met administratieve werkzaamheden/ planning ❑ Geen promotie maken ❑ Beneden kunnen presteren op werk ❑ Met ruzie weggegaan of ontslagen zijn ❑ Ziektewet/WAO als gevolg van klachten ❑ Geen disfunctioneren door compensatie hoog IQ ❑ Geen disfunctioneren door compensatie externe structuur ❑ Overig: ..... ☐ **Relatie en/of gezin** ❑ Snel uitgekeken op relaties ❑ Impulsief relaties aangaan / verbreken ❑ Ongelijkwaardige relatie vanwege klachten ❑ Relatieproblemen, veel ruzies, gebrek intimiteit ❑ Gescheiden als gevolg van klachten ❑ Problemen met seksualiteit als gevolg van klachten ❑ Opvoedingsproblemen als gevolg van klachten ❑ Moeite om huishouden en/of administratie ❑ Financiële problemen / gokken ❑ Geen relatie aan durven gaan ❑ Overig: ... ☐ **Sociale contacten** ❑ Snel uitgekeken zijn op sociale contacten ❑ Moeite met onderhouden sociale contacten ❑ Conflicten als gevolg van communicatieproblemen ❑ Moeite met het aangaan van sociale contacten ❑ Subassertief als gevolg van negatieve ervaringen ❑ Niet attent zijn (vergeten kaart te sturen/meeleven/bellen etc.) ❑ Overig: ..... ☐ **Vrije tijd / hobby** ❑ Niet goed kunnen ontspannen in vrije tijd ❑ Zeer veel moeten sporten om te kunnen ontspannen ❑ Blessures als gevolg van vele sporten ❑ Niet in staat zijn een boek uit te lezen of een film uit te kijken ❑ Continu bezig zijn en hierdoor oververmoeid raken ❑ Snel uitgekeken zijn op hobby's ❑ Ongelukken/rijbewijs kwijt door roekeloos rijgedrag ❑ Sensation seeking en/of te veel risico's nemen ❑ Contact met politie/justitie ❑ Eetbuien ❑ Overig:	☐ **Opleiding** ❑ Lager opleidingsniveau dan verwacht op basis van IQ ❑ Doublure(s) als gevolg van concentratieproblemen ❑ Opleiding(en) niet afgemaakt / van school gestuurd ❑ Veel langer over opleiding gedaan dan gebruikelijk ❑ Opleiding passend bij IQ met veel moeite behaald ❑ Moeite met het maken van huiswerk ❑ Speciaal onderwijs gevolgd vanwege klachten ❑ Commentaar leerkrachten over gedrag / concentratie ❑ Geen disfunctioneren door compensatie hoog IQ ❑ Geen disfunctioneren door compensatie externe structuur ❑ Overig: ..... ☐ **Gezin** ❑ Vaak ruzie met broertjes / zusjes ❑ Vaak straf / slaag ❑ Weinig contact met familie vanwege conflicten ❑ Langer structuur van ouders nodig dan normaal ❑ Overig: ... ☐ **Sociale contacten** ❑ Moeite met onderhouden van sociale contacten ❑ Conflicten als gevolg van communicatieproblemen ❑ Moeite met het aangaan van sociale contacten ❑ Subassertief als gevolg van negatieve ervaringen ❑ Weinig vriendjes / vriendinnetjes ❑ Gepest zijn ❑ Buitengesloten zijn / niet mee mogen doen met groep ❑ Overig: ..... ☐ **Vrije tijd / hobby** ❑ Niet goed kunnen ontspannen in vrije tijd ❑ Zeer veel moeten sporten om te kunnen ontspannen ❑ Blessures als gevolg van vele sporten ❑ Niet in staat zijn een boek uit te lezen of een film uit te kijken ❑ Continu bezig zijn en hierdoor oververmoeid raken ❑ Snel uitgekeken zijn op hobby's ❑ Sensation seeking en/of te veel risico's nemen ❑ Contact met politie/justitie ❑ Overig: ....

☐ **Zelfvertrouwen / zelfbeeld** ❑ Onzekerheid door negatieve opmerkingen anderen ❑ Negatief zelfbeeld vanwege faalervaringen ❑ Faalangstig om aan nieuwe zaken te beginnen ❑ Overmatig heftig reageren op kritiek ❑ Perfectionisme ❑ Overig:	☐ **Zelfvertrouwen / zelfbeeld** ❑ Onzekerheid door negatieve opmerkingen anderen ❑ Negatief zelfbeeld vanwege faalervaringen ❑ Faalangstig om aan nieuwe zaken te beginnen ❑ Overmatig heftig reageren op kritiek ❑ Perfectionisme ❑ Overig: ....
Op ≥ 2 gebieden sprake van disfunctioneren? ja / nee	**Op ≥ 2 gebieden sprake van disfunctioneren? ja / nee**

Samenvatting symptomen A en HI *Geef aan welk criterium gescoord is bij deel 1 en 2 en tel op*			
Criterium DSM-IV TR	**Symptoom**	**Aanwezig volwassenheid**	**Aanwezig kindertijd**
A1a	**A1**. Slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details of maakt achteloos fouten in schoolwerk, werk of bij andere activiteiten		
A1b	**A2**. Heeft vaak moeite de aandacht bij taken of spel te houden		
A1c	**A3**. Lijkt vaak niet te luisteren als hij/zij direct aangesproken wordt		
A1d	**A4**. Volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er niet in schoolwerk, karweitjes af te maken of verplichtingen op het werk na te komen		
A1e	**A5**. Heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten		
A1f	**A6.** Vermijdt vaak, heeft een afkeer van of is onwillig zich bezig te houden met taken die een langdurige geestelijke inspanning vereisen (zoals school- of huiswerk)		
A1g	**A7**. Raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden		
A1h	**A8**. Wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels		
A1i	**A9.** Is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden		
	Totaal aantal criteria Aandachtstekort	**.. / 9**	**.. / 9**
A2a	**H/I 1**. Beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait in zijn/haar stoel		
A2b	**H/I 2.** Staat vaak op in de klas of in andere situaties waar verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten		
A2c	**H/I 3**. Rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is (bij adolescenten of volwassenen kan dit beperkt zijn tot subjectieve gevoelens van rusteloosheid)		
A2d	**H/I 4.** Kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten		
A2e	**H/I 5**. Is vaak 'in de weer' of 'draaft maar door'		
A2f	**H/I 6.** Praat vaak aan een stuk door		
A2g	**H/I 7**. Gooit het antwoord eruit voordat de vragen afgemaakt zijn		
A2h	**H/I 8.** Heeft vaak moeite op zijn/haar beurt te wachten		
A2i	**H/I 9.** Verstoort vaak bezigheden van anderen of dringt zich op		
	Totaal aantal criteria Hyperactiviteit/Impulsiviteit	**.. / 9**	**.. / 9**

Scoreformulier		
DSM-IV criterium A	**Kindertijd** Is het aantal A kenmerken ≥ 6? Is het aantal H/I kenmerken ≥ 6? **Volwassenheid** * Is het aantal A kenmerken ≥ 6? Is het aantal H/I kenmerken ≥ 6?	 Ja Nee Ja Nee Ja Nee Ja Nee
DSM-IV criterium B	Zijn er aanwijzingen voor een levenslang patroon van symptomen en beperkingen?	Ja Nee
DSM-IV criterium C	De symptomen en beperkingen uiten zich op minstens 2 terreinen van het leven Volwassenheid Kindertijd	 Ja Nee Ja Nee
DSM-IV criterium E	De symptomen kunnen niet beter verklaard worden door de aanwezigheid van een andere psychische stoornis	Nee Ja, door ....
	Wordt de diagnose ondersteund door de hetero-anamnese? Ouder(s)/broer/zus/overig, nl. ....** Partner/goede vriend(in)/overig, nl ....** Schoolrapporten 0 = geen / weinig ondersteuning 1 = enige ondersteuning 2 = duidelijke ondersteuning	 n.v.t. 0 1 2 n.v.t. 0 1 2 n.v.t. 0 1 2 Toelichting:
	Diagnose ADHD***	Nee Ja, subtype ❑ 314.01 Gecombineerde type ❑ 314.00 Overwegend onoplettendheidtype ❑ 314.01 Overwegend hyperactief-impulsieve type

* Er zijn aanwijzingen uit onderzoek dat op volwassen leeftijd de diagnose ADHD vanaf 4 kenmerken van aandachtsproblemen en/of hyperactiviteit-impulsiviteit gesteld kan worden. Kooij e.a. Internal and external validity of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in a population-based sample of adults. Psychological Medicine 2005; 35(6):817-827. Barkley RA: Age dependent decline in ADHD: True recovery or statistical illusion? The ADHD Report 1997; 5:1-5.

** Geef aan met wie de hetero-anamnese heeft plaatsgevonden

*** Als de vastgestelde subtypen in kindertijd en volwassenheid verschillen, prevaleert het huidige volwassen subtype voor de diagnose

Bijlage 11: Wender Utah Rating Scale for the Attention Deficit Hyperactivity Disorder

VAD

Wender Utah Rating Scale for the Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Overview:

The Wender Utah Rating Scale can be used to assess adults for Attention Deficit Hyperactivity Disorder with a subset of 25 questions associated with that diagnosis.

Wender Utah Rating Scale

- 61 questions answered by the adult patient recalling his or her childhood behavior
- 5 possible responses scored from 0 to 4 points

	As a child I was (or had):	not at all or very slightly	mildly	moder-ately	quite a bit	very much
1	active restless always on the go	0	1	2	3	4
2	afraid of things	0	1	2	3	4
3	concentration problems easily distracted	0	1	2	3	4
4	anxious worrying	0	1	2	3	4
5	nervous fidgety	0	1	2	3	4
6	inattentive daydreaming	0	1	2	3	4
7	hot- or short-tempered low boiling point	0	1	2	3	4
8	shy sensitive	0	1	2	3	4
9	temper outbursts tantrums	0	1	2	3	4
10	trouble with stick-to-it-tiveness not following through. failing to finish things started	0	1	2	3	4
11	stubborn strong-willed	0	1	2	3	4
12	sad or blue depressed unhappy	0	1	2	3	4
13	incautious. dare-devilish involved in pranks	0	1	2	3	4
14	not getting a kick out of things dissatisfied with life	0	1	2	3	4
15	disobedient with parents rebellious sassy	0	1	2	3	4
16	low opinion of myself	0	1	2	3	4
17	irritable	0	1	2	3	4

		not at all or very slightly	mildly	moder-ately	quite a bit	very much
18	outgoing friendly enjoyed company of people	0	1	2	3	4
19	sloppy disorganized	0	1	2	3	4
20	moody ups and downs	0	1	2	3	4
21	angry	0	1	2	3	4
22	friends popular	0	1	2	3	4
23	well-organized tidy neat	0	1	2	3	4
24	acting without thinking impulsive	0	1	2	3	4
25	tendency to be immature	0	1	2	3	4
26	guilty feelings regretful	0	1	2	3	4
27	losing control of myself	0	1	2	3	4
28	tendency to be or act irrational	0	1	2	3	4
29	unpopular with other children didn't keep friends for long didn't get along with other children	0	1	2	3	4
30	poorly coordinated did not participate in sports	0	1	2	3	4
31	afraid of losing control of self	0	1	2	3	4
32	well-coordinated picked first in games	0	1	2	3	4
33	tomboyish (for women only)	0	1	2	3	4
34	running away from home	0	1	2	3	4
35	getting into fights	0	1	2	3	4
36	teasing other children	0	1	2	3	4
37	leader bossy	0	1	2	3	4
38	difficulty getting awake	0	1	2	3	4
39	follower led around too much	0	1	2	3	4
40	trouble seeing things from someone else's point of view	0	1	2	3	4
41	trouble with authorities trouble with school visits to principal's office	0	1	2	3	4
42	trouble with police booked convicted	0	1	2	3	4

	Medical problems as a child	not at all or very slightly	mildly	moder-ately	quite a bit	very much
43	headaches	0	1	2	3	4
44	stomachaches	0	1	2	3	4
45	constipation	0	1	2	3	4
46	diarrhea	0	1	2	3	4
47	food allergies	0	1	2	3	4
48	other allergies	0	1	2	3	4
49	bedwetting	0	1	2	3	4
	As a child in school I was (or had)	not at all or very slightly	mildly	moder-ately	quite a bit	very much
50	overall a good student fast	0	1	2	3	4
51	overall a poor student slow learner	0	1	2	3	4
52	slow in learning to read	0	1	2	3	4
53	slow reader	0	1	2	3	4
54	trouble reversing letters	0	1	2	3	4
55	problems with spelling	0	1	2	3	4
56	trouble with mathematics or numbers	0	1	2	3	4
57	bad handwriting	0	1	2	3	4
58	able to read pretty well but never really enjoyed reading	0	1	2	3	4
59	not achieving up to potential	0	1	2	3	4
60	repeating grades	0	1	2	3	4
61	suspended or expelled	0	1	2	3	4

Questions Associated with ADHD

- 25 of the questions were associated with ADHD as follows:

	As a child I was (or had):
3	concentration problems easily distracted
4	anxious worrying
5	nervous fidgety
6	inattentive daydreaming
7	hot- or short-tempered low boiling point
9	temper outbursts tantrums
10	trouble with stick-to-it-tiveness not following through. failing to finish things started
11	stubborn strong-willed
12	sad or blue depressed unhappy
15	disobedient with parents rebellious sassy
16	low opinion of myself
17	irritable
20	moody ups and downs
21	angry
24	acting without thinking impulsive
25	tendency to be immature
26	guilty feelings regretful
27	losing control of myself
28	tendency to be or act irrational
29	unpopular with other children didn't keep friends for long didn't get along with other children
40	trouble seeing things from someone else's point of view
41	trouble with authorities trouble with school visits to principal's office
	As a child in school I was (or had)
51	overall a poor student slow learner
56	trouble with mathematics or numbers
59	not achieving up to potential

Wender Utah rating scale subscore = ________(sum of 25 questions associated with ADHD)

Interpretation:

- minimum score for the 25 questions is 0
- maximum score 100
- if a cutoff score of 46 was used 86 of patients with ADHD 99 of normal persons and 81% of depressed subjects were correctly classified

References:

Ward MF Wender PH Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Am J Psychiatry. 1993; 150: 885-890.

Wender Utah Rating Scale for the Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Overview:

The Wender Utah Rating Scale can be used to assess adults for Attention Deficit Hyperactivity Disorder with a subset of 25 questions associated with that diagnosis.

Wender Utah Rating Scale

- 61 questions answered by the adult patient recalling his or her childhood behavior
- 5 possible responses scored from 0 to 4 points

	As a child I was (or had):	not at all or very slightly	mildly	moder-ately	quite a bit	very much
1	active restless always on the go	0	1	2	3	4
2	afraid of things	0	1	2	3	4
3	concentration problems easily distracted	0	1	2	3	4
4	anxious worrying	0	1	2	3	4
5	nervous fidgety	0	1	2	3	4
6	inattentive daydreaming	0	1	2	3	4
7	hot- or short-tempered low boiling point	0	1	2	3	4
8	shy sensitive	0	1	2	3	4
9	temper outbursts tantrums	0	1	2	3	4
10	trouble with stick-to-it-tiveness not following through. failing to finish things started	0	1	2	3	4
11	stubborn strong-willed	0	1	2	3	4
12	sad or blue depressed unhappy	0	1	2	3	4
13	incautious. dare-devilish involved in pranks	0	1	2	3	4
14	not getting a kick out of things dissatisfied with life	0	1	2	3	4
15	disobedient with parents rebellious sassy	0	1	2	3	4
16	low opinion of myself	0	1	2	3	4
17	irritable	0	1	2	3	4

		not at all or very slightly	mildly	moder-ately	quite a bit	very much
18	outgoing friendly enjoyed company of people	0	1	2	3	4
19	sloppy disorganized	0	1	2	3	4
20	moody ups and downs	0	1	2	3	4
21	angry	0	1	2	3	4
22	friends popular	0	1	2	3	4
23	well-organized tidy neat	0	1	2	3	4
24	acting without thinking impulsive	0	1	2	3	4
25	tendency to be immature	0	1	2	3	4
26	guilty feelings regretful	0	1	2	3	4
27	losing control of myself	0	1	2	3	4
28	tendency to be or act irrational	0	1	2	3	4
29	unpopular with other children didn't keep friends for long didn't get along with other children	0	1	2	3	4
30	poorly coordinated did not participate in sports	0	1	2	3	4
31	afraid of losing control of self	0	1	2	3	4
32	well-coordinated picked first in games	0	1	2	3	4
33	tomboyish (for women only)	0	1	2	3	4
34	running away from home	0	1	2	3	4
35	getting into fights	0	1	2	3	4
36	teasing other children	0	1	2	3	4
37	leader bossy	0	1	2	3	4
38	difficulty getting awake	0	1	2	3	4
39	follower led around too much	0	1	2	3	4
40	trouble seeing things from someone else's point of view	0	1	2	3	4
41	trouble with authorities trouble with school visits to principal's office	0	1	2	3	4
42	trouble with police booked convicted	0	1	2	3	4

	Medical problems as a child	not at all or very slightly	mildly	moder-ately	quite a bit	very much
43	headaches	0	1	2	3	4
44	stomachaches	0	1	2	3	4
45	constipation	0	1	2	3	4
46	diarrhea	0	1	2	3	4
47	food allergies	0	1	2	3	4
48	other allergies	0	1	2	3	4
49	bedwetting	0	1	2	3	4
	As a child in school I was (or had)	not at all or very slightly	mildly	moder-ately	quite a bit	very much
50	overall a good student fast	0	1	2	3	4
51	overall a poor student slow learner	0	1	2	3	4
52	slow in learning to read	0	1	2	3	4
53	slow reader	0	1	2	3	4
54	trouble reversing letters	0	1	2	3	4
55	problems with spelling	0	1	2	3	4
56	trouble with mathematics or numbers	0	1	2	3	4
57	bad handwriting	0	1	2	3	4
58	able to read pretty well but never really enjoyed reading	0	1	2	3	4
59	not achieving up to potential	0	1	2	3	4
60	repeating grades	0	1	2	3	4
61	suspended or expelled	0	1	2	3	4

Questions Associated with ADHD

- 25 of the questions were associated with ADHD as follows:

	As a child I was (or had):
3	concentration problems easily distracted
4	anxious worrying
5	nervous fidgety
6	inattentive daydreaming
7	hot- or short-tempered low boiling point
9	temper outbursts tantrums
10	trouble with stick-to-it-tiveness not following through. failing to finish things started
11	stubborn strong-willed
12	sad or blue depressed unhappy
15	disobedient with parents rebellious sassy
16	low opinion of myself
17	irritable
20	moody ups and downs
21	angry
24	acting without thinking impulsive
25	tendency to be immature
26	guilty feelings regretful
27	losing control of myself
28	tendency to be or act irrational
29	unpopular with other children didn't keep friends for long didn't get along with other children
40	trouble seeing things from someone else's point of view
41	trouble with authorities trouble with school visits to principal's office
	As a child in school I was (or had)
51	overall a poor student slow learner
56	trouble with mathematics or numbers
59	not achieving up to potential

Wender Utah rating scale subscore = ________(sum of 25 questions associated with ADHD)

Interpretation:

- minimum score for the 25 questions is 0
- maximum score 100
- if a cutoff score of 46 was used 86 of patients with ADHD 99 of normal persons and 81% of depressed subjects were correctly classified

References:

Ward MF Wender PH Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Am J Psychiatry. 1993; 150: 885-890.

Vanderlindenstraat 15 • 1030 Brussel • T +32(0)2 423 03 33 • www.vad.be • vad@vad.be